Braunoviny

2 | 2024

Časopis Skupiny B. Braun CZ/SK pro odbornou veřejnost | ISSN 1801-0342 | MK ČR E 16560

Páteřní chirurgie je vrcholový sport

Rozhovor se spondylochirurgem profesorem Janem Štulíkem

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

AESCULAP®

DS klipy

Bezpečnější titanové klipy pro uzávěr cév

- Dvojitá forma provedení se zámkem a bez zámku
- Svorky s optimálním rozvorem pro bezpečné naložení klipu
- Vnitřní strana klipu se speciálním designem zabraňujícím sklouznutí klipu
- Výrazná redukce nebezpečí axiální dislokace klipu
- Kompletní portfolio velikostí

AESCULAP® je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun
Určeno pouze pro odborníky. DS klipy jsou zdravotnický prostředek.

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

Braunoviny
Dvouměsíčník společností
Skupiny B. Braun pro ČR a SR

Zdarma

Časopis pro odbornou veřejnost
ISSN 1801-0342
MK ČR E 16560

Vydává:
B. Braun Medical s.r.o.
V Parku 2335/20
148 00 Praha 4
Česká republika
braunoviny.cz@bbraun.com
www.braunoviny.cz

Redakce:
Ing. Lucie Kocourková
Tel. +420-602 167 024
lucie.kocourkova@bbraun.com

Design:
Tomáš Komůrka, BA
Pavel Cindr

Foto na titulní straně:
Ester Horovičová

Veškeré články publikované v dvouměsíčníku Braunoviny mají pouze informativní charakter a nejsou právně závazné. Vydavatel negarantuje úplnost informací uvedených v článcích. Názory autorů jednotlivých článků nemusí nutně vyjadřovat názory redakce nebo společnosti B. Braun Medical s.r.o.

Články obsahují reklamní sdělení o produktech distribuovaných Skupinou B. Braun CZ/SK

Veškerá práva jsou vyhrazena. Jakákoli část tohoto dvouměsíčníku může být rozšiřována, reprodukována či jiným způsobem užívána pouze se svolením vydavatele.

Uzávěrka:
Redakční uzávěrka tohoto čísla:
17. 4. 2024

Redakční uzávěrka příštího čísla:
15. 7. 2024

Děkujeme všem, kteří se podíleli na přípravě tohoto vydání.

Úvodní slovo Alana Munteanu

Vážené čtenářky a čtenáři,

Skupina B. Braun si klade za cíl sdílet zkušenosti, přispívat k lepší péči o pacienty, a toto číslo Braunovin je toho dokonalou ukázkou.

Rozhovor s profesorem Štulíkem směřuje k aktuálním trendům v medicíně, jako jsou pokročilé materiály a technologie nebo robotika. Jeho hlavní prioritou jsou co nejlepší výsledky operační léčby a co nejmenší počet komplikací, bez ohledu na atraktivitu moderních metod.

Kvalita péče je červenou nití táhnoucí se tímto číslem časopisu. Docent Kovárník se zabývá lepšími výsledky lékových balónků v konkrétních indikacích. Profesor Viklický zdůraznil jasný pozitivní dopad a význam očkování nejen pro nefrologické pacienty. Jako jasný trend pak vidí použití AI a domácí dialýzy. Profesor Lacko u navigace Orthopilot vidí budoucnost ve snížení rizikovosti, standardizaci a větší přesnosti operačních zákroků. Přidáme-li zprávy o našich nových akvizicích a rozšíření spolupráce, můžeme s potěšením říci, že bezpečný svět B. Braun se rozrůstá tak, jak stoupá náš důraz na kvalitu péče, bezpečnost a spokojeného pacienta.

Krásné čtení vám přeje

Vážené čitateľky a čitatelia,

Skupina B. Braun si kladie za cieľ podeliť sa o skúsenosti, prispievať k lepšej starostlivosti o pacientov a toto číslo časopisu Braunoviny je toho dokonalým príkladom.

Rozhovor s profesorom Štulíkom sa zameriava na aktuálne trendy v medicíne, ako sú pokročilé materiály a technológie či robotika. Jeho hlavnou prioritou sú čo najlepšie výsledky operačnej liečby a čo najmenší počet komplikácií, a to bez ohľadu na atraktivitu moderných metód.

Kvalita starostlivosti je červenou niťou, ktorá sa tiahne celým týmto číslom časopisu. Docent Kovárník hovorí o lepších výsledkoch liekových balónov v konkrétnych indikáciách. Profesor Viklický zdôrazňuje jednoznačný pozitívny vplyv a význam očkovania nielen pre nefrologických pacientov. Za jasný trend potom považuje využívanie AI a domácej dialýzy. V prípade navigácie Orthopilot vidí profesor Lacko budúcnosť v znížení rizikovosti, štandardizácii a väčšej presnosti operačných zákrokov. Keď k tomu pridáme správy o našich nových akvizíciách a rozšíren spolupráci, môžeme s potešením konštatovať, že bezpečný svet B. Braun sa rozrastá tak, ako stúpa náš dôraz na kvalitu starostlivosti, bezpečnosť a spokojnosť pacientov.

Šťastné čítanie

MUDr. Alan Munteanu
člen vedení Skupiny B. Braun v ČR a SR
člen vedenia Skupiny B. Braun v ČR a SR

Jste chirurg nebo praktický lékař? Řešte s námi hojení ran.

Nabízíme externí spolupráci i pracovní úvazek

Externí spolupráce:

- Nabízíme spolupráci s týmem ranhojiček B. Braun v terénu, zejména v domovech pro seniory a dalších sociálních zařízeních
- Garantujeme ošetřování ran nejmodernějšími metodami, individuální přístup i časovou flexibilitu

Pracovní úvazek:

- Otevíráme pracovní pozice v ambulancích B. Braun na částečný i plný úvazek

V případě zájmu a pro další informace kontaktujte:

Bc. Alena Kyselová | vedoucí pacientské péče
+420-778 704 401 | alena.kyselova@bbraun.com | www.bbraun.cz

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Obsah

6 Dialýzu v Berouně přebírá zdravotnická Skupina B. Braun. Dočká se investice za více než 8 milionů korun.

8 Tým Wound Care Skupiny B. Braun získal do své péče 201 domovů

9 Nový vozík usnadní Davidu Drahonínskému přípravu na hry v Paříži

10 O Fleet Care v Šumperku bude vědět celý svět

12 Páteřní chirurgie je vrcholový sport – Rozhovor se spondylochirurgem Janem Štulíkem

20 Světový den ledvin 2024: Zaměření na křehkého pacienta

26 Prostor pro lékem potažené balony se při perkutánní koronární intervenci rozšiřuje

30 Počítačová navigácia OrthoPilot®

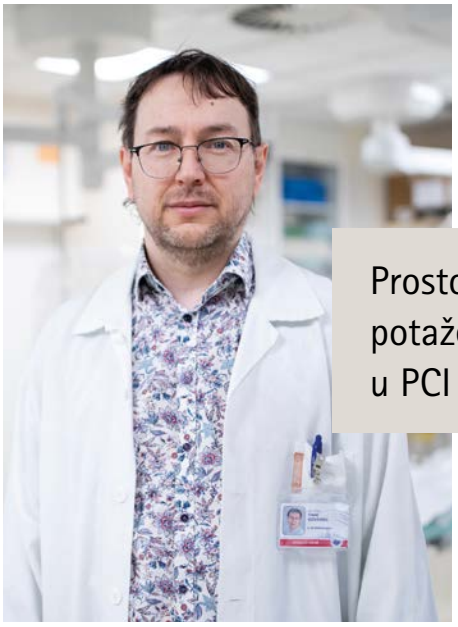
32 Rozhovor z operačnej sály

34 Dialýza míří za pacienty do pečovatelských center

36 Výzvy a naděje v transplantacích ledvin

40 ALLY® – nová řada stomického příslušenství

20 Světový den ledvin: Zaměření na křehkého pacienta



Prostor pro lékem potažené balony se u PCI rozšiřuje 26

34 Dialýza míří za pacienty do pečovatelských center

36 Výzvy a naděje v transplantacích ledvin

ze společnosti

Dialýzu v Berouně přebírá zdravotnická Skupina B. Braun. Dočká se investice za více než 8 milionů korun.

Jedna z největších dialýz ve Středočeském kraji má nového majitele. Od dubna 2024 patří berounská dialýza do sítě středisek B. Braun Avitum, která provozuje nefrologická pracoviště v Česku i na Slovensku. Během letošního roku zde proběhne modernizace 14 novými dialyzačními přístroji poslední generace v hodnotě přesahující 8 milionů korun.

Pacientů by mělo být v budoucnu více

Dialýza v Berouně s kapacitou 13 dialyzačních lůžek je umístěna v přízemí samostatného pavilonu polikliniky Medicetnrum. Původní majitel ji provozoval od roku 2009. V současné chvíli je zde pravidelně dialyzováno kolem 75 pacientů v třísměnném provozu od pondělí do soboty. „Vzhledem k tomu, že je nyní kapacita střediska prakticky naplněna, budeme usilovat o rozšíření počtu dialyzačních míst i o získání dalších prostor pro pacienty s onemocněním ledvin," komentuje budoucí kroky Martin Kuncek, ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK. Spádová oblast zahrnuje celou oblast Berounska a Hořovicka. „Kromě dialyzační péče u nás na středisku provádíme také veškeré akutní dialýzy pro nemocnice Beroun a Hořovice," popisuje MUDr. Hana Novotná, vedoucí lékařka Dialyzačního střediska B. Braun Avitum v Berouně. O pacienty se na dialyzačním středisku starají tři stálí a osm externích lékařů, 15 zdravotních sester a šest sanitářek. Stávající zdravotnický personál přebírá nový majitel takřka v plném složení.

Změna majitele přináší kontinuitu kvalitní péče s dalšími benefity

Dialyzační středisko je umístěno v moderním medicínském i dispozičním standardu, ke kterému samozřejmě patří mimo kvalitního zdravotnického vybavení také možnost sledování televize pro každého pacienta při dialýze, wi-fi a parkování. „Příchod nového silného majitele přináší pacientům medicínské i organizační bonusy. Mimo kompletní výměny přístrojového vybavení budou zavedeny mezinárodní medicínské standardy, které B. Braun používá.

Výhodou příchodu silné nadnárodní společnosti je také sdílení medicínského know-how nejen se zdravotníky na dialýzách v české a slovenské síti, ale také napříč zeměmi i kontinenty, kde B. Braun působí," doplňuje vedoucí lékařka Novotná.

Rozvoj transplantační aktivity i domácích dialýz

Součástí akvizice je také nefrologická ambulance umístěná přímo na dialyzačním středisku, která se stará přibližně o 300 pacientů. Nový majitel B. Braun chce navázat na stávající vysokou profesionalitu a medicínskou kvalitu zdravotníků, která s sebou mimo dialýzy a nefrologické ambulance nese také transplantační aktivitu. V uplynulém roce připravila berounská dialýza na úspěšnou transplantaci čtyři pacienty a v současné době má umístěno na tzv. waiting listu šest lidí. „Mimo péče o naše stávající pacienty, jak na dialýze, tak v nefrologické ambulanci, budeme pokračovat a prohlubovat spolupráci s hořovickou i berounskou nemocnicí. Důležitá je také pokračující kooperace s dalšími lékařskými ambulancemi a laboratoří v budově poliklíniky. Naší ambicí bude také navázat na tradičně silné zastoupení domácích hemodialýz v tomto regionu," uzavírá za vedeni Skupiny B. Braun Martin Kuncek. ■

Autorka: Lucie Kocourková
Foto: Michal Jílek

ze společnosti

Tým Wound Care B. Braun získal do své péče 201 domovů

Týmu Wound Care Skupiny B. Braun CZ/SK se podařilo překonat hranici dvou set domovů pro seniory, kde poskytuje péči v oblasti hojení ran. „Rok 2023 byl pro nás neuvěřitelně úspěšný. Tým Wound Care, který se specializuje na oblast hojení ran, má nyní v péči klienty z 201 domovů pro seniory. Toto číslo nás řadí mezi přední poskytovatele zdravotní péče v oblasti hojení ran, což je pro nás pocta i velký závazek do budoucna," říká Alena Kyselová, vedoucí pacientské péče B. Braun.

Mezi nejčastější problémy, se kterými se tým Wound Care setkává, patří dekubity (proleženiny), bércové vředy a další nehojící se rány. „Péči o rány poskytujeme zpravidla dvakrát měsíčně, kdy jednou měsíčně přichází lékař a sestřička ranhojička do zařízení. My specialisté na hojení ran docházíme v mezidobí do zařízení a kontrolujeme klienty, které máme v péči. Vysvětlujeme zdravotnickému personálu, jak má s materiálem zacházet. Zjišťujeme, zda je použitý materiál vhodný pro danou ránu, a zda by měli pokračovat v nastavené terapii," popisuje práci týmu Wound Care Ivana Sedláčková, terapeutická konzultantka B. Braun.

Specializace ranhojiček je oceňována lékaři, sestrami i sociálními pracovníky. „Funkce terapeutické konzultantky nám velmi pomáhá při práci, protože dekubit či jiná nehojící se rána je zhodnocena již na začátku a my víme, jak správně pečovat o tuto ránu," říká Lubica Bejvančická, vrchní sestra z Alzheimer Home Modřany. ■

Autorka: Lucie Kocourková

Podívejte se na Tým Wound Care v Alzheimer Home v Modřanech.

ze společnosti

Nový vozík usnadní Davidu Drahonínskému přípravu na hry v Paříži

David Drahonínský převzal šek z rukou členů vedení Skupiny B. Braun CZ/SK Martina Kuncka (vlevo) a Petra Macouna

Úspěšný paralympijský medailista v lukostřelbě David Drahonínský se tvrdě připravuje na další paralympiádu, která proběhne letos na přelomu srpna a září v Paříži. Nově má k dispozici speciální elektrický pohon k mechanickému invalidnímu vozíku, který bude uhrazen z poskytnuté finanční podpory B. Braun pro život v částce 375 tisíc korun. „S Davidem spolupracujeme už od roku 2010 a jsme hrdí, že můžeme být součástí jeho úspěchů prostřednictvím zdravotní i finanční podpory," říká Ing. Petr Macoun, Ph.D., člen vedení Skupiny B. Braun CZ/SK.

375 tisíc korun z projektu B. Braun pro život

B. Braun podporuje Davida Drahonínského téměř 15 let. Letošní podpora ve výši 375 tisíc korun je zatím největší v historii spolupráce. Její převážnou část David použije na elektrický pohon k mechanickému invalidnímu vozíku, který mu značně usnadní pohyb jak po městě, tak při trénincích na stadionech a střelnicích. „Finanční podpora od B. Braun mi umožní kvalitnější pohyb, a ruce tak mohu ‚šetřit' na trénink. V průměru vystřelím 100 šípů denně a při jednom nátahu musím překonat sílu 22,5 kg. Elektrický vozík bude opravdu obrovský pomocník," komentuje lukostřelec Drahonínský využití finanční podpory. Mimo sponzorské spolupráce je David také pacientem urologické a chirurgické ambulance B. Braun Plus. Na kontroly dojíždí na Bulovku do pavilonu B. Braun Dialog. „Personál urologické ambulance na Bulovce je naprosto skvělý. Respektují mé sportovní nasazení a tréninkový plán, má zdravotní sestřička mi vždycky zavolá a společně doladíme termín kontroly," pochvaluje si David Drahonínský. David je také ambasadorem projektu B. Braun pro život, který podporuje různé společensky odpovědné aktivity, organizace či jednotlivce. Letos se David Drahonínský chystá na pátou paralympiádu do Paříže. „Z posledních čtyř paralympiád přivezl David šest medailí, je skvělé pozorovat jeho odhodlání a lidskou nezdolnost. Na nadcházejících hrách v Paříži budeme opět fandit a když Davida vidím, nepochybuju o tom, že to padne," dodává optimisticky za vedení Skupiny B. Braun CZ/SK MUDr. Martin Kuncek. ■

Autorka: Lucie Kocourková

chirurgie

O Fleet Care v Šumperku bude vědět celý svět

Nemocnice Šumperk si jako první nejen v Česku, ale v celé střední Evropě, začala chirurgické nástroje Aesculap včetně sterilizačních kontejnerů Aesculap pronajímat službou Fleet Care. Letos v únoru to byly přesně čtyři roky od podpisu smlouvy s B. Braun, která zajišťuje chirurgickým sálům v Nemocnici Šumperk nástroje, které jsou vždy v prvotřídní kvalitě, v požadovaném složení a v optimálním množství. Tento krok umožňuje nemocnici flexibilitu, optimalizaci nákladů a zvyšuje kvalitu poskytované péče. „Čtyřleté partnerství s B. Braun ukázalo, že jsme vykročili správným směrem, naznačuje spokojenost Martin Polach, předseda představenstva Nemocnice Šumperk. O zkušenostech managementu, chirurgů i biomedicínských inženýrů přijel natáčet štáb z Německa, který vyrábí film pro celosvětovou prezentaci služby Fleet Care. Reportáž bude určená pro lékaře, management a další zdravotnické profesionály. „Službu Fleet Care jsme začali implementovat jako první pobočka B. Braun ve střední Evropě. Nemocnice Šumperk měla odvahu si tuto službu jako první vyzkoušet. Podstoupila audit chirurgických nástrojů, který ukázal nadbytečnost i kvalitativní různorodost. Zástupci nemocnice spolu s odborníky B. Braun sestavili seznam potřebného vybavení a následně si chirurgové z celé nemocnice mohli nástroje značky Aesculap osobně vybrat v německém Tuttlingenu, kde je obrovský showroom," popisuje začátky spolupráce MUDr. Alan Munteanu, člen vedení Skupiny B. Braun CZ/SK. Nyní zástupci nemocnice sdílí zkušenosti s Fleet Care na odborných konferencích v Česku i na Slovensku a stali se také Mezinárodním referenčním centrem pro celou Evropu. „Jsme pyšní na to, že právě český zákazník bude prezentován po celém světě jako průkopník inovativního přístupu ve zdravotnictví," dodává Alan Munteanu.

V následujících týdnech bude zveřejněn film, který dále rozvede detaily této spolupráce a přínos Fleet Care. Těšíme se, až se o něj s vámi podělíme. ■

Autorka: Lucie Kocourková

Fleet Care

Operujte každý den s novými nástroji

Kvalita
- Kvalitní a bezpečné chirurgické nástroje
- Eliminace chyb v procesu sterilizace
- Proškolení personálu

Spolehlivost
- Získání kontroly nad všemi procesy
- Zajištění autorizovaného smluvního servisu

Efektivita
- Získání přesné informace o reálných nákladech
- Efektivní využití personálních zdrojů
- Získání validních podkladů pro audity a ISO certifikace

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

AESCULAP® je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

Páteřní chirurgie je vrcholový sport

Rozhovor se spondylochirurgem Janem Štulíkem

Jsou tři hodiny odpoledne. Jeden z nejlepších spondylochirurgů v Evropě profesor Jan Štulík přichází do své kanceláře přednosty Kliniky spondylochirurgie ve Fakultní nemocnici v Motole. Přímo z operačního sálu. Jednou rukou si upravuje vlasy, ve druhé drží telefon a energicky cosi vysvětluje. Na rozhovor mám hodinu. Když se na extrémně vytíženého muže před sebou podívám, je mi jasné, že další porci času nedostanu.

Dobrý den pane profesore, jaký jste měl den?
No... Vlastně jako každý jiný. Jen jsem si na dnešek naplánoval operace tak, abych mohl být s vámi. S týmem máme za sebou tři výkony, které nakonec nebyly tak úplně jednoduché.

Jste známý tím, že ročně děláte kolem 600 operací. Jak to zvládáte?
Nezáleží na tom, kolik je operačních výkonů. Mohou to být drobnosti, třeba mikrodisky. Těch se dá udělat za den třeba osm. Také ale může proběhnout celodenní extrémní chirurgie s resekcí celých segmentů páteřních.

Chápu. Stále to číslo 600 za rok ale platí?
Svého času jich bylo dokonce 650, ale tam bylo zahrnuto hodně menších operací. Ty už dneska dělají mladší kolegové, kteří to umí bezvadně. Věnuji se spíš velmi složitým operacím. Takže nyní to je tak 500 až 550 výkonů za rok.

Takže jste na sále kratší dobu?
Tak to vůbec ne. Naopak. Ale trávím ho na operačním sále z mého pohledu v tu lepší dobu. Nejsložitější operativu neplánujeme na půlnoc, ale přes den, kdy je tady veškerá nutná podpora dalších pracovišť.

Jak to u vás na sále vůbec vypadá? Máte raději klid nebo operujete s hudbou?
Hudbu při operacích mám rád. Až na výjimky bez ohledu na žánr, klidně moderní nebo klasickou. Snad jen v těch úplně nejvypjatějších situacích řeknu, ať všechno vypnou. Chci být jen sám se sebou a absolutně se soustředit. Zkušený operatér pozná, kdy přichází zlomový okamžik. Mnohdy stačí jen pět minut a může se to zase rozjet.

Jaké jsou nejčastější příčiny onemocnění, kvůli kterým se u vás pacienti objevují na operačním stole?

V Česku se nejčastěji operuje kvůli degenerativním onemocněním ať už v krční, nebo bederní oblasti. Průměrně je to tak 65 procent operativy v celém Česku na všech pracovištích. U nás je to posunuté. My máme jen 50 procent degenerativy a máme více úrazů. Zatímco průměr v zemi je zhruba 25 procent úrazů, my jich máme asi 35 procent. Jestli dobře počítám, zbývá nám 15 procent, a to jsou nádory, záněty a deformity. Na tyto skupiny zbývá v celorepublikovém průměru asi jen 5 procent. Z toho vyplývá, že na naší klinice jsme posunutí k těm nejsložitějším operačním výkonům.

A jaké typy výkonů považujete za nejobtížnější?

Nádory. Vysvětlím proč. Když máme třeba úraz, tak se snažíme zajistit, aby páteř vypadala anatomicky. To znamená odstranit co nejméně kosti tak, aby k sobě mohla srůst. De facto se snažíme uvolnit nervové struktury a spojit páteřní segmenty při zachování co nejvíce přírodní kosti. Zatímco u úrazů je žádoucí odstranit tkáně co nejméně, u nádorů je to opačně. Snažíme se odstranit celý nádor a ideálně se ho vůbec nedotknout. To se nepovede pokaždé, i když pokaždé to je naším cílem. Když se nádoru nedotknete, je míra onkologické radikality, tedy míra velikosti vyjmuté tkáně, samozřejmé největší. Což zásadně zvyšuje šance pacienta na dlouhodobé přežití. Když nádor odstraňujeme po částech, může naší činností dojít k roznášení nádorových buněk dál po těle.

A jak to děláte, že se nádoru vůbec nedotknete?

Neplatí to absolutně a občas se stane, že se ho dotýkáme přímo. Protože nepřímo se ho musíme dotýkat vždy. Nepřímo znamená přes měkké tkáně kolem. Tzv. en bloc resekce je spojená s mnohem rozsáhlejším uvolněním okolních struktur, s daleko rozsáhlejší znalostí anatomie. To je úplně jiná disciplína.

To jistě vyžaduje trénink. Kolik takových pacientů, kde vlastně upevňujete a zdokonalujete své dovednosti, máte?
Odpovím metaforou. Páteřní chirurgie na této úrovni je vrcholový sport. Když trénujete málo, nejste moc dobrý. Když trénujete hodně, nemusíte dosáhnout na úplnou špičku, ale s velkou pravděpodobností budete mnohem lepší, než když trénujete málo. Obecně není takových pacientů mnoho, takže je pro rozvoj oboru mnohem přínosnější, když se koncentrují na vysoce specializovaná pracoviště.

A vaše pracoviště mezi ně bezpochyby patří. Jste jedineční tím, že se specializujete výhradně na páteřní chirurgii, je to tak?
Ano. Jsme jediní v Česku, ale taková specializace není běžná ani ve světě. Ročně odoperujeme přes 1500 pacientů a řada operačních výkonů je pro nás již rutinních v dobrém slova smyslu. Na klinice máme čtyři vysoce preferované oblasti: nádory, deformity, dětskou spondylochirurgii a chirurgii horní krční páteře. A navíc se dost často podobory prolínají. Může to být pacient, který má diagnózu ze všech těchto odborností. Představte si nádor u dítěte, který v horní krční oblasti deformuje páteř. A máte tam všechno. Proto je z mého pohledu potřeba mít superodborníky, kteří se věnují výhradně a komplexně svému oboru. Pak bude stoupat i úspěšnost operací.

Je to ten hlavní důvod, proč mají nově nyní vzniknout pracoviště tzv. centrové péče?
Přesně. V jiných oborech to je docela běžné. Preferují to i pacienti, kteří nechtějí být léčeni tam, kde se jejich diagnóza řeší maximálně jednou za rok. V Česku se ročně dělá nějakých 16 tisíc spondylochirurgických operací. Dnes je schváleno jedenáct specializovaných center, čtyři z toho v Praze, která se budou věnovat té nejsložitější problematice. A ještě chceme vyčlenit ta, která budou řešit speciální věci, jako jsou primární tumory anebo deformity páteře.

Přesto, není jedenáct center stále moc?
Jsem představitel vedení České spondylochirurgické společnosti a jako takový musím podporovat schválené řešení a také ho podporuji. Kdybyste se mě zeptala na můj čistě, ale skutečně ryze čistě, osobní názor, počet bych ještě snížil. Ale jak říkám, možná je to až příliš extremistický názor.

Je pro vás rozdíl mezi operací dospělého člověka a dítěte?
Obrovský. Dítě rozhodně není jen zmenšený dospělý. To je úplně něco jiného. Tam je potřeba brát v potaz dalších několik faktorů. Velikost operovaného pacienta, jeho růstový potenciál, růstový potenciál skeletu, rozdíl ve vlastnostech páteře dítěte a dospělého. Děti také velmi často bývají neurologicky postižené, ale mají daleko lepší prognózu. Čili je to opravdu úplně něco jiného. Špičkových dětských operatérů je nejen u nás, ale v celé Evropě opravdu velmi málo.

A má jejich počet vliv na způsob léčby dětí?
Samozřejmě. Děti se většinou léčí konzervativně. Když budeme mluvit o úrazech, operují se dejme tomu jedno nebo dvě procenta případů. Čili těch, které je nutno operovat, je strašně málo. To znamená, že nedává smysl, abychom měli jedno specializované centrum jenom na děti. Měli by tam pak tak čtyři operace za rok, a to je nesmysl. Musí to dělat někdo, kdo se věnuje dospělé páteřní chirurgii, a pak ji uzpůsobí zkušenostmi.

Když už jsme u dětí, je samozřejmě rozdíl i v komunikaci, protože mluvíte i s rodiči. Jak to probíhá?
Na přípravě pacienta na operaci včetně toho dětského se podílí celý tým lidí. Já každého pacienta vidím před operací několikrát. Samozřejmě napřed jim musíme nastínit problém, nechat je přemýšlet, a když se neumí rozhodnout, tak jim dát doporučení. Ale nikdy ne přemlouvat. Když je stanoven operační termín, dalšího vysvětlování se ujímají kolegové. Já už pak pacienta prakticky vidím většinou ráno na vizitě a potom až na sále.

Za jednu z hlavních hodnot při operacích označují spondylochirurgové stabilitu, kterou mimo jiné zajišťují i implantáty. Co se vlastně dnes dá do páteře implantovat?
První páteř jsem operoval v roce 1995 v prosinci. Od té doby se to opravdu hodně posunulo. Začínali jsme s kovovým implantátem z nerezavějící oceli. Tyto implantáty měly velké nevýhody z pohledu CT, z pohledu magnetické rezonance, různých rozostření, stínů a artefaktů. Na začátku nového milénia se přešlo na titanové implantáty. Později do hry začal vstupovat polyetereterketon (PEEK), což je taková umělá hmota s vlastnostmi jako kost. A také karbonové implantáty, které opět mají svoje výhody, ale rovněž nevýhody. V této oblasti je na místě mít skutečně dobré kritické myšlení.

Jak to myslíte?
No, opakovaně se už stalo, že se objevila na trhu novinka, kterou operatéři bez kritického myšlení začali bezhlavě používat. A pak se přišlo na to, že to je úplný nesmysl. Já jsem naštěstí šlápnul do housliček, jak říká Křemílek a Vochomůrka, zatím asi jen jednou nebo dvakrát. Tehdy jsme to dokázali vyřešit, reoperovat, přepracovat a včas zastavit. Ale někdo to už nedokázal včas zastavit a pokračovalo se. Počet komplikací pak roste a řešení bývá složité. Je potřeba vždy zvažovat, která z těch metod je nadějná.

Máte konkrétní příklad?
Třeba titan se v tomto ohledu osvědčil jednoznačně. Méně infektů, lepší pooperační diagnostika, lepší na ozařování atd. Ale vezměte si třeba karbon. Když přišel, všichni ho chtěli. Ale ukázalo se, že je křehký, a proto, že je transparentní, úplně dobře na zobrazovacích metodách nevidíme třeba situaci, kdy se zlomí. Používáme ho hodně, ale s rozmyslem. Určitě ho nedáme každému, kdo projde kolem.

Když už jsme u karbonu, vy jste v roce 2021 operoval s karbonem mezi prvními. Tehdy to byl případ teenagera, víte, jak se mu daří?
Vím. Zemřel. Bohužel.

prof. MUDr. Jan Štulík, CSc.

- Spoluzakladatel české spondylochirurgie jako samostatného medicínského oboru.
- Profesorem v oboru ortopedie od roku 2010.
- Od roku 2016 přednosta Kliniky spondylochirurgie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole.
- Má čtyři syny, zatím jen jeden vystudoval medicínu a je mikrobiolog.
- Autor řady odborných publikací a několika unikátních operačních postupů.
- Pacienty byl vyhlášen lékařem roku 2017.
- Vstává každý den před šestou ráno, kdo přijde pozdě na jeho poradu, přinese šampaňské.
- Všechno včetně operací, chycených ryb nebo uběhnutých kilometrů si zapisuje.

Páteřní chirurgie na této úrovni je vrcholový sport. Když trénujete málo, nejste moc dobrý. Když trénujete hodně, nemusíte dosáhnout na úplnou špičku, ale s velkou pravděpodobností budete mnohem lepší, než když trénujete málo.

Co se stalo?

Onemocnění bylo tak závažné, že se nedalo zvládnout. V místě operace recidiva nebyla, ale generalizace nádoru byla tak velká, že nebyla slučitelná se životem. Ne všechno končí dobře.

A jaké jsou novinky v materiálech?

Titan, karbon, 3D tištěné titanové klece, kobaltchromové tyče na skoliózy, arteficiální náhrady kosti nebo třeba již výše zmíněný PEEK. Tento materiál je vhodný zvláště do meziobratlových prostor. Díky titanovým markerům vidíme přesně, kde je implantát umístěný, ale jinak je rtg transparentní.

Co se do těla mimo implantátů dál dává?

Alfou a omegou dnešní spondylochirurgie jsou různé páteřní fixátory. Používají se denně. Nejčastěji používané jsou šrouby v hrudní a bederní oblasti. V krční oblasti jsou to také šrouby transpedikulární, častěji však tzv. šrouby do laterální masy. Máme i speciální šrouby zaváděné do lebky. Zkrátka používáme šrouby, které spolu s podélnými tyčemi spojují jednotlivé segmenty k sobě.

Byl jste první v Česku, kdo začal používat páteřní systém Ennovate Cervical. Co vás přesvědčilo?

V minulosti jsme používali starší typ implantátu S4 Cervical a celkem logicky jsme si nenechali uniknout příležitost používat jeho následovníka. Jedná se o evoluční systém s mnoha vylepšeními, který výrazně povyšuje kvalitu a plně nám vyhovuje.

Při jakých typech operací má Ennovate Cervical z vašeho pohledu největší přínos?

Univerzálnost systému, velká škála implantátů, dostupnost na našem trhu, velmi dobré a intuitivní instrumentárium, to jsou atributy, které nám imponují. Nejčastěji používáme Ennovate Cervical pro chirurgii horní krční páteře a kraniocervikálního přechodu.

Co dalšího do těla dáváte?

Krční dlahy, distrakční mezitělové klece, náhrady těla obratle... Je toho opravdu hodně. A do toho vám jdou různé materiály... Někdy to je opravdu alchymie se ve všem vyznat a zvolit správný implantát.

V současnosti pracujete v rámci mezinárodního týmu B. Braun na vývoji

nové přední krční dlahy. Jak jste daleko a co má novinka přinést?
Především odstranit nedostatky předešlého implantátu. Nový tvar dlahy je navržen, filozofie uzamčení šroubu je navržena, další nemohu prozradit, jsem vázán mlčenlivostí. Firmy to obecně považují za citlivé údaje.

Ve vývojářském týmu jste společně s odborníky z USA a Japonska, jak hodnotíte tento mezikontinentální přístup?
Podle mě je to velmi dobře zvolená strategie, v Japonsku jsou vzrůstem menší lidé a i páteře mají menší, v USA je tomu naopak. Česko je regionální partner, jsme přeci sousedé. Je třeba zapracovat všechny požadavky a musím říct, že spolupráce je velmi plodná a atmosféra přátelská.

Kudy vlastně při operaci krční páteře přistupujete? Zepředu nebo zezadu?
Podívejte se (ukazuje si zepředu na krk). Já jsem také po operaci krční páteře. Lidé se mě často ptají, jak bude vypadat jizva, tak jim to ukazuji. A řeknu k tomu: „Jsem takto zhyzděn, vypadá to strašně, ale já to dobře snáším." (*smích*)

Od koho jste se nechal operovat?
Na Homolce od pana doktora Jiřího Chroboka.

Říká se, že lékaři jsou nejhorší pacienti? Je to tak?
Nemohu ani vyprávět, jak jsem se připravoval na operaci, ale nevyhodili mě. (*smích*)

A co byste i z této vaší zkušenosti doporučil právě pacientům, kteří se chystají na zákrok? Co je podle vás nejdůležitější?
Vybudovat důvěru lékař–pacient. To je skvělá situace, která potom rodí ty nejlepší výsledky. Setkáváme se bohužel dost často s pacienty, kteří obcházejí všechny odborníky, nevěří nikomu, ale z Googlu mají nastudováno všechno. Takový pacient vám pak je schopen navrhnout terapii. Z toho jsou většinou úplné nesmysly.

A jak se díváte na pacientské právo na druhý názor?
Krásná otázka. Já jsem naprostý zastánce toho, že pacient má právo na druhý názor, ale za peníze. Druhý názor by neměla platit pojišťovna. To je v pořádku, chci druhý názor, zaplatím si to. Jinak je to zneužívání našeho zdravotnického systému. Ten je z mého pohledu absolutně skvělý. Když stonáte, tak chcete stonat alespoň z mého pohledu tady v Česku. Pro páteřní chirurgii to platí dvojnásob. Máme velmi dobrou páteřní chirurgii. Ano, po světě jsou jistě lepší pracoviště, ale průměr je u nás opravdu velmi vysoko.

Vy se ale přeci nedozvíte, kde všude pacient už byl?
No právě. Máte pravdu, pokud nám to sám neřekne, my to nevidíme. Souhlasím s tím, že to propojení by bylo potřeba. A nemluvím o nějakých super složitých diagnózách, těch je málo. Mluvím o základní diagnóze degenerativního onemocnění páteře. Je zcela legitimní vybrat si jedno pracoviště bez ohledu na regionální příslušnost. Ale abych obešel čtyři, všude to pojišťovna platila a já si potom spokojeně vybral páté? To se mi nelíbí.

Vaše klinika má tu nejprestižnější akreditaci, kterou dostanou skutečně jen ta nejlepší pracoviště v Evropě? Jak těžké bylo ji získat.
Těžké. Není to otázka jednoho auditu. To je otázka dvaceti let, co se na té klinice děje. Pokud nic, tak ji prostě nedostanete. Je to akreditace, na kterou se připravujete dlouho a pracují na ní všichni. Je to velké vyznamenání pro celý tým naší kliniky i pro nemocnici jako takovou. Důležité pro nás je, že jsme akreditaci získali na všechny již zmíněné odbornosti, tedy degenerativní onemocnění, úrazy, nádory, záněty a deformity.

Mohou se podle toho orientovat při výběru pracoviště pacienti?
Jednoznačně. Jedním z těch kritérií hodnocení kvality je počet komplikací. S vysokým počtem komplikací akreditaci nezískáte. Pro pacienta je to jednoznačná informace, že když půjdu na takové pracoviště, mám větší šanci, že se to povede.

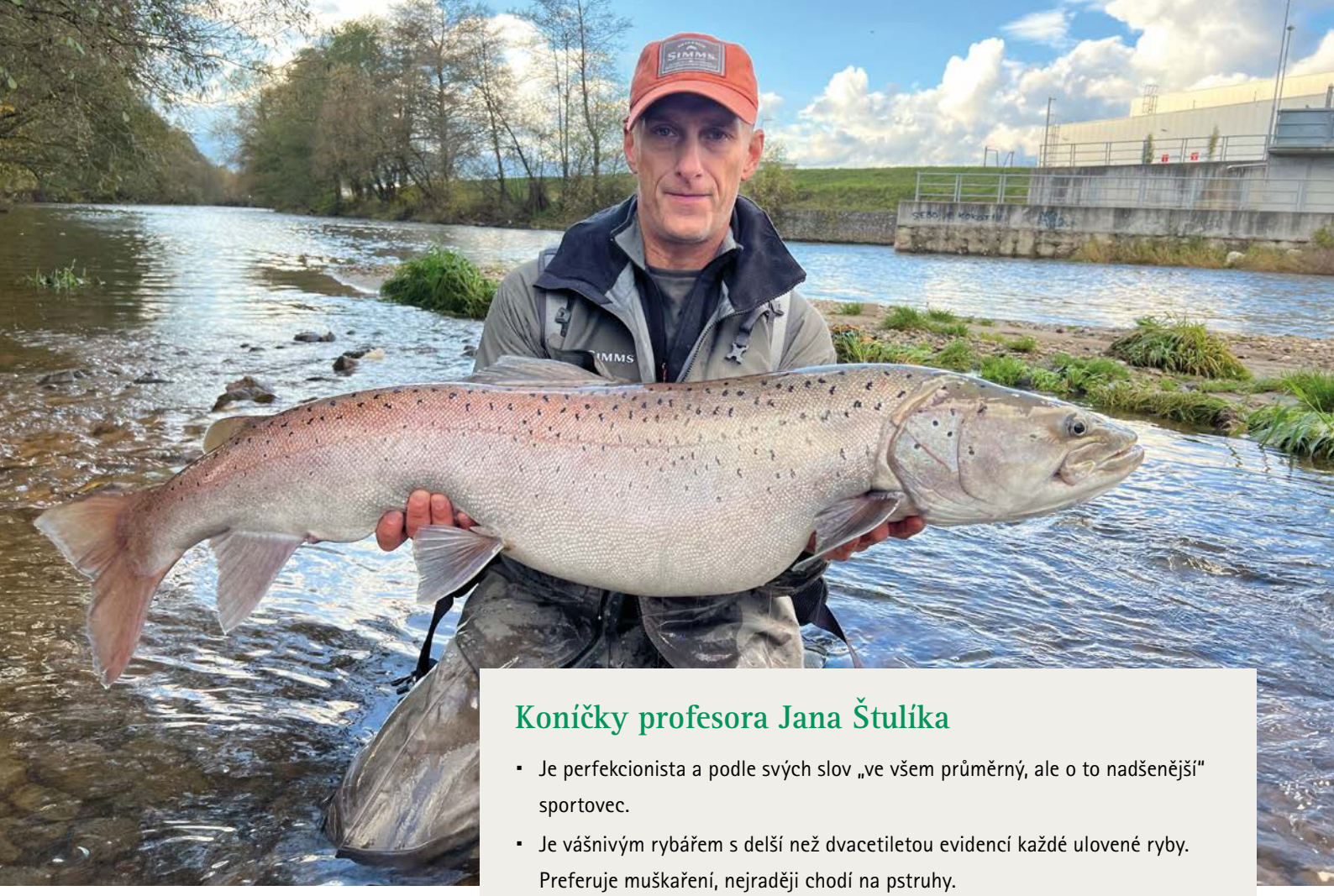
Mluvili jsme už o materiálech, ale co technologie?
Jako v každém oboru, tak i ve spondylochirurgii to teď samozřejmě rezonuje. VR, robotika, kybernetika, umělá inteligence... Ve všeobecné chirurgii se na robotu operuje už běžně, ale na páteře máme v celé zemi jen dva. Navíc se ukazuje, že jejich možnosti jsou hodně limitované. Když operujete každý den a každý den dáváte šrouby, tak je robot trochu nadbytečný. Ale nebude to tak věčně. Čekáme, co z technologických gigantů vypadne.

Tak mě napadá, až jednou ve vzdálené budoucnosti bude operovat skutečně robot a vy budete ve druhé místnosti, kdo bude mít tu finální odpovědnost?
No, to je jako teď s autonomními auty. Stále řidič. Myslím, že my starší bychom měli naslouchat mladým a usměrňovat rozvoj technologií bezpečným směrem.

Na čem vědecky pracujete?
Je toho hodně. Mezi naše extrémně citované práce patří kmenové buňky. Ale řekněme si upřímně, vědecky dobré nemusí automaticky znamenat pro pacienta přínosné. Na druhou stranu každé šlápnutí vedle, nebo i dokonce nazpátek může ve své podstatě vědu posunout dopředu.

A kam tedy podle vás spondylochirurgie směřuje? Kde bude za deset, dvacet let?
Domnívám se, že budeme směřovat právě ke kybernetice a robotice. Nakonec robot bude podle mě operovat relativně nezávisle podle nějakých parametrů, které mu zadá příslušný odborník. Takhle nějak si to představuji. Popravdě se robotika nezavádí kvůli těm špičkovým operatérům, ale spíše kvůli těm průměrným nebo kvůli těm, kteří daný výkon nedělají tak často, aby se snížila chybovost.

Jak dlouho trvá, než se lékař stane špičkovým operatérem?
Podle mě můžete být opravdu na špici tak ve čtyřiceti nejdříve. A vydržíte do šedesáti, někteří déle. Ve třiceti můžete



Koníčky profesora Jana Štulíka

- Je perfekcionista a podle svých slov „ve všem průměrný, ale o to nadšenější" sportovec.
- Je vášnivým rybářem s delší než dvacetiletou evidencí každé ulovené ryby. Preferuje muškaření, nejraději chodí na pstruhy.
- Je horským cyklistou, který nezapomene zapsat nejen každý ujetý kilometr, ale také podmínky vyjížďky včetně povětrnostních podmínek nebo tepové frekvence. Raději jezdí do kopce a jeho nejoblíbenějším „strojem" je S-Works Epic 29, na kterém vyhrál olympiádu Jarda Kulhavý.
- Je amatérským automobilovým závodníkem, majitelem vozu Caterham Seven 485 S (Lotus 7 z 50. let). Nejlépe má najetý okruh v Mostě a jeho zatím rekordní čas je 1:50 na jedno kolo.
- V zimě je nejraději na horách. Aktuálně propadl jízdě na snowboardu.
- Je gurmánem, který se snaží proniknout i do tajemství vína. Zatím prý dobře rozezná červené a bílé.

být špičkový manažer, ale ne špičkový chirurg. Ruku v ruce s tím jdou finance. Než se dostane lékař na podobné peníze jako manažer nebo právník, trvá to mnohem déle.

Takže i personálie jsou pro českou spondylochirurgii výzva. Jaká výzva teď stojí před profesorem Štulíkem?

Speciální chirurgické sny nemám. Ale ano, rád bych ještě přišel s nějakým unikátním operačním výkonem. Už se nám ledacos povedlo, ale vize a nadšení máme s týmem stále. Většina chirurgů totiž opakuje to, co někdo jiný vymyslel, ale pouze velmi málo z nich přispěje novou operační technikou nebo operační filozofií. To mě láká.

Jste známý svou vášní pro rybaření, pochlubíte se nějakým úlovkem z poslední doby?

Vloni jsem moc úspěšný rybářský rok až do listopadu neměl, ale potom se mi na Slovensku podařilo chytit čtyři hlavatky za dva dny a ta největší měla 117 cm a 17 kg. To je můj osobní rekord a jedna z největších hlavatek chycených na řece Hron v poslední době. Samozřejmě jsem je pustil zpět do vody.

Velmi dáte na fyzickou připravenost, jak se udržujete ve formě?

Kolo, běh, snowboard, cvičení, turistika, no prostě od všeho trochu, v ničem nevynikám, ale s tím už jsem se smířil. V minulosti jsem měl pocit, že je potřeba závodit a poměřovat síly, dnes cítím potřebu sportovat hlavně pro radost a udržení kondice pro moji hlavní disciplínu – spondylochirurgii.

Rychlá auta. Další vášeň. Jaké máte plány pro letošní rok?

Rád bych se zase svezl ve formuli a zažil ten pocit z otevřeného auta. To se ale musí hodit. Na závodním okruhu musí být malý provoz a nejlépe, když je úplně prázdno. Potom si dovolím víc a časy jsou mnohem lepší. Uvidím, jak se to letos povede. ■

Autorka: Lucie Kocourková
Foto: Ester Horovičová a archiv Jana Štulíka

AESCULAP®

Ennovate® & XP klece

Inteligentní kombinace pro chirugické ošetření onemocnění páteře

AESCULAP® je registrovaná obchodní značka Skupiny B. Braun
Určeno pouze pro odborníky. Ennovate® & XP klece jsou zdravotnické prostředky.

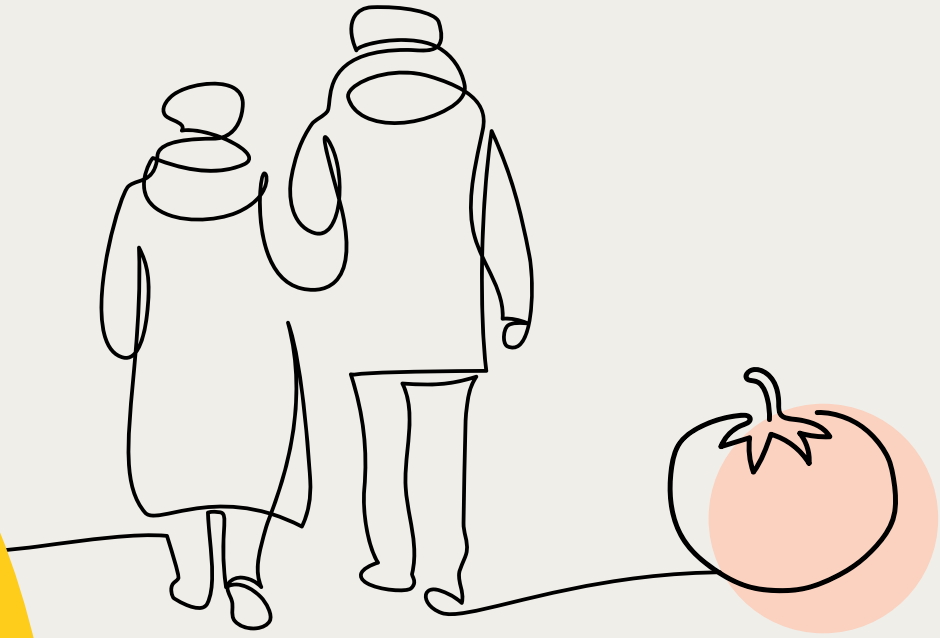
B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Světový den ledvin

Zaměření na křehkého pacienta

Hlavním tématem letošního ročníku Světového dne ledvin byl vedle tradiční prevence také syndrom křehkého pacienta. Trend stárnutí obyvatelstva se totiž čím dál výrazněji projevuje i v nefrologických ambulancích a na dialýzách. Potvrzují to data společnosti B. Braun Avitum a ÚZIS, podle kterých od roku 2014 vzrostl průměrný věk dialyzovaných pacientů z 66 na 68 let a u pacientů v nefrologických ambulancích z 55 na 59 let. Práci nefrologů tak častěji komplikují přidružené diagnózy a s tím související polypragmazie. Starší pacienti také potřebují více péče, ale nefrologie se stejně jako jiné obory potýká s nedostatkem zdravotníků. Přetlak v nefrologických ambulancích pak dále komplikují i nedostatečné pravomoce praktických lékařů.



Na tiskové konferenci ke Světovému dni ledvin, kterou pořádala Skupina B. Braun, vystoupili zprava: Martin Kuncek, ředitel dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK, Božena Jurašková, předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti, Vladimír Tesař, přednosta Nefrologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Ondřej Viklický, přednosta Transplantcentra IKEM a předseda České nefrologické společnosti, Bohumil Seifert, emeritní přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Alexander Hemala, ambasador, a Vladimír Vojanec, vedoucí lékař Dialyzačního střediska Bulovka, se svým pacientem Janem Ryšavým.

Covid a long covid nejen v péči o ledviny

Přestože se nemoci covid-19 nevěnuje taková pozornost jako v pandemických letech 2020 a 2021, v nefrologických ambulancích a na dialyzačních střediscích je to stále silné téma. Samozřejmě i tady platí čím starší, tím rizikovější pacient. „Pokud mluvíme o akutní infekci, tak víme, že ledvinám covid způsobuje tzv. s covidem asociovanou glomerulopatii. Je to onemocnění, které se velmi podobá poškození ledvin u infekce HIV. Když se toto onemocnění nepodaří stabilizovat, směřuje velmi rychle do selhání ledvin a pacienti s touto diagnózou mají zhruba 30% riziko, že budou na konci prvního roku dialyzováni. Zároveň se potýkáme i s tím, že je tato akutní fáze poddiagnostikována," říká **přednosta Kliniky nefrologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze profesor Vladimír Tesař**. Ještě více se mezi nefrology mluví o tzv. long covidu, který je pro lékaře mnohdy velmi těžko diagnostikovatelnou směsicí dílčích diagnóz od nespavosti, kožních změn přes chronickou únavu až třeba po aterosklerózu. „Naše zatím nepublikovaná data hovoří o tom, že zhruba 50 % pacientů, kteří prodělají covid, má známky long covidu od zanedbatelných až po docela závažné," profesor Tesař. Řešení long covidu je podle předních českých odborníků na jednotlivých specializacích. Přes velmi komplikovanou diagnostiku apelují nefrologové na lékaře, aby nepodléhali diagnostickému ani terapeutickému nihilismu. „Pokud nespecifikované potíže přetrvávají, je na místě návštěva jednoho z deseti Center postcovidové péče. Jedno z prvních bylo otevřené například ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Lékaři z těchto center už mají i několikaleté diagnostické zkušenosti a umí efektivně poradit," říká profesor Vladimír Tesař. Covid podle Tesaře nenapadá ledviny vždy. Přes 60 % pacientů pozitivních na covid nemá žádné zjevné symptomatické poškození ledvin. „Napadení ledvin covidem je většinou až například na poškození ledvinových buněk, tzv. podocytů, vratné a ledviny se mohou plně zotavit," doplňuje profesor Tesař.

Transplantace ledvin a věk

Na rozdíl od věku dialyzovaných pacientů věk transplantovaných pacientů neroste. Průměrný věk pacienta, kterému je transplantována ledvina, je podle údajů Koordinačního

U věkových kategorií 80+ transplantace většinou nemají větší smysl. Jsou tam veliká rizika a kvalita života pro podstatnou část těchto pacientů není lepší po transplantaci než na dialýze.

střediska transplantací stabilně 52 let. Nejstarší pacient s transplantovanou ledvinou podstoupil operaci v roce 2017 ve věku 82 let. „Transplantace je nabízena pacientům, kteří jsou dostatečně zdraví na to, aby ji mohli podstoupit. U věkových kategorií 80+ již většinou nemají větší smysl. Jsou tam veliká rizika a kvalita života pro podstatnou část těchto pacientů není lepší po transplantaci než na dialýze," říká **předseda České nefrologické společnosti a přednosta Transplantcentra IKEM profesor Ondřej Viklický**. Celkový počet transplantací ledvin za rok 2023 meziročně poklesl zhruba o 7 %. Transplantováno bylo v Česku 488 ledvin. I tak zůstává Česko vysoko nad celosvětovým průměrem. „Pokles transplantací je opravdu relativně malý.

Příčiny jsme ale samozřejmě analyzovali. V řadě momentů jsme potenciálním dárcům ledvinu neodebrali, protože jsme ve větším množství zjistili celou řadu komplikací. Například ateroskleróza. V celé řadě případů i chronické poškození ledvin," vysvětluje profesor Viklický.

Geriatrický pacient

Dialyzovaní senioři většinou spadají z hlediska geriatrie do třetí kategorie křehkých, tzv. frailty pacientů nad 65 let. Geriatrická křehkost (frailty) je kli-

nicky a funkčně závažný, multikauzálně podmíněný pokles potenciálu zdraví převážně v pokročilém stáří. Křehkost souvisí se syndromy, jako je chronické riziko pádů, zhoršení kognitivních schopností (mírný až střední stupeň demence), psychická labilita, až deprese, malnutrice a nestabilní stav chronických onemocnění. Jde o nejzávažnější geriatrický syndrom, který postihuje 5–10 % osob nad 70 let a více než 20 % osob nad 80 let věku. „Od ledna 2024 je křehkost geriatrických pacientů samostatná diagnóza s úhradovým kódem. Považuji to za velký posun, protože nyní můžeme křehkost geriatrických pacientů sledovat a její vyšetření se také začne proplácet," vysvětluje **předsedkyně České geriatrické společnosti MUDr. Božena Jurašková**. V současnosti je v jednání se zdravotními pojišťovnami kód na sledování malnutrice a úhradový kód na „lékovou revizi", pomocí něhož by se u pacientů řešilo nadužívání léků a případně také jejich špatná kombinace. Počet křehkých pacientů se bude nadále zvyšovat, protože podíl seniorů v Česku dlouhodobě roste. V současnosti u nás žije kolem 2,2 milionu lidí 65+, což představuje přes 20 % populace. Do konce roku 2050 se tento počet podle statistik vyšplhá na tři a čtvrt milionu.
„V současnosti vzniká Národní geriatrický plán, který bude definovat hlavní cíle geriatrické péče. Jej jich celá řada, ale já osobně za hlavní problém současného stavu považuji dlouhodobý nárůst polypragmazie, tedy už zmiňované nadužívání léků. Český senior v ambulantní péči průměrně bere 4–6 léků, v domovech pro seniory ještě více. Riziko nežádoucí interakce pak velmi rychle roste. Je potřeba přijmout účinné řešení. Například automatické přehodnocení situace v okamžiku, kdy lékař zjistí, že senior pravidelně bere více než pět léků," říká MUDr. Božena Jurašková.

Alexander Hemala, ambasador Světového dne ledvin, podstupuje preventivní vyšetření ledvin na dialyzačním středisku B. Braun Avitum na Bulovce.

Starší pacienti potřebují více péče

V roce 2014 byl průměrný věk dialyzovaného pacienta v dialyzačních střediscích společnosti B. Braun Avitum 66 let. Společnost zajišťuje dialýzu pro přibližně čtvrtinu českých pacientů. O osm let později, na konci roku 2022, už to bylo 68 let. Vyšší průměrný věk evidují zdravotníci u žen (70,2 roku) než u mužů (66,4). Podobný trend i na ostatních dialýzách potvrzuje i Česká nefrologická společnost. „Na střediscích B. Braun Avitum průběžně sledujeme nejenom kvalitativní parametry léčby pacientů, ale i jejich diagnózy a věk. V době covidových let se růst věku zastavil a nyní je opět na vzestupu. Už nejsou výjimkou ani pacienti starší 90 let. To přináší nové výzvy v poskytování zdravotnických služeb a klade to důraz na mezioborovou spolupráci. A to hlavně s praktickými lékaři, diabetology, ale i gerontology nebo onkology. Zvyšuje se i počet přítomných diagnóz u jednotlivých pacientů, které je třeba řešit nebo zohledňovat při nastavování dialyzačního programu. Individuální a zároveň multioborový přístup nám umožňuje nabízet i třeba domácí metody dialyzační léčby. Ale je potřeba vnímat, že věk samotný není kontraindikací třeba i k transplantaci ledviny. Jak ukazuje příklad téměř 80letého pacienta z Dialyzačního střediska Bulovka," popisuje zkušenosti nefrologů **vedoucí lékař sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum MUDr. Vladimír Vojanec**. Jak vyplývá z dosud nepublikovaných dat ÚZIS, trend stárnutí pacientů s chronickým onemocněním ledvin se ukazuje i v nefrologických ambulancích. Tam je růst věku ještě citelnější, o 4 roky za 12 let. Pokud bude růst věku pacientů v nefrologických ambulancích pokračovat stávajícím tempem, bude se brzy pohybovat nad 61 let. Péče o starší pacienty je náročnější, protože zvyšuje nároky na koordinaci a komplexitu péče, komplikuje samotné dialyzační ošetření a také zvyšuje nároky na asistenci v případě domácích dialyzačních metod. „Starším pacientům musíme věnovat více péče, často mají zhoršenou mobilitu, snížený sluch či kognitivní funkce a potřebují asistenci zdravotníků nebo pomoc od členů rodiny. Preferencí je určitě zachování co nejlepší kvality života," doplňuje MUDr. Vladimír Vojanec.

Malé pravomoce praktiků a přeplněné nefrologické ambulance

Každý rok provedou praktičtí lékaři v Česku preventivní vyšetření ledvin zhruba u půl milionu pacientů. Odhaduje se, že laboratorní vyšetření jednoho z hlavních ukazatelů ledvinového zdraví tzv. sérového kreatininu podstoupí každý rok 80 % pacientů, u kterých je od roku 2016 takové preventivní vyšetření ledvin jednou za čtyři roky indikováno. „Ledvinám je věnována v ambulancích českých praktických lékařů ve srovnání se světem poměrně velká pozornost. Oproti kolegům ve vyspělých zemích ovšem mají čeští praktici omezené kompetence zejména v preskripční oblasti, a nemohou sami reagovat na zjištění v prevenci, včas indikovat a provádět relevantní lékové intervence k udržení ledvinných funkcí. Pacientovi se tak dostane adekvátní léčby až u specialisty. To může představovat bariéru v přístupu k péči, protože nefrologů je poměrně málo a čekací lhůty mohou být dlouhé," vysvětluje **emeritní přednosta Ústavu všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.** Zkušenosti

praktiků potvrzují i nefrologové. Těm se mnohdy dostávají zbytečně do rukou pacienti, kteří by ještě pomoc odborníka nepotřebovali.

Nedostatek zdravotníků v nefrologii

Stárnutí pacientů s onemocněním ledvin přináší vyšší nároky i na personální obsazení dialýz. Nejen střední zdravotní personál, ale i lékaři jsou přitom dlouhodobě „nedostatkové zboží". „Z globálního hlediska skutečně vnímáme jako největší problém dostupnost péče s ohledem na chronický a eskalující nedostatek sester i dalších zdravotníků. Je to trend, který vidíme v celém západním světě. V menším měřítku tímto nedostatkem začínáme trpět rovnocenně v ČR i SR a trend bude zesilovat," říká **ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum Martin Kuncek**. Podle něho je nutné začít diskutovat změnu odpovědností lékaře nefrologa a specializované sestry, aby se i Česko a Slovensko v tomto ohledu více přiblížily západoevropským standardům. Je třeba mít přitom na paměti udržení kvality dialyzační péče, která je v Česku i na Slovensku nadprůměrná. „Ve střednědobém horizontu se nám pravděpodobně nepodaří generovat více sester a lékařů v nefrologické specializaci a situaci nezachrání ani případné zjednodušení uznání kvalifikace zahraničních zdravotníků u nás. Přetahovat je mezi pracovišti určitě také není řešení. Takže na místě je zcela jistě diskuse o zvýšení kompetencí specializovaných sester," doplňuje MUDr. Martin Kuncek. Nedostatek personálu, ale i zvyšující se počet pacientů na dialýzách a rozvoj technologií přináší i do Česka a na Slovensko také tlak na vyšší zavádění domácích dialýz ať už peritoneálních (břišních), nebo hemodialyzačních. Na západ od našich hranic je už domácích dialýz podstatně více. „V Česku jsme z hlediska domácích dialýz na uspokojivé trajektorii a rychle míříme k cíli kolem 3 % pacientské populace na domácí hemodialyzační metodě (HHD). Na Slovensku je situace zcela jiná, protože tam není domácí HHD hrazena z veřejného zdravotního pojištění. S velkými potížemi se tam s peritoneální dialýzou dostáváme na 2,7 % dialyzované populace," vysvětluje Martin Kuncek.

Světový den ledvin

K prevenci vyzývá i Alexander Hemala

Letošním ambasadorem Světového dne ledvin je **Alexander Hemala**, populární hlasatel České televize. K ledvinovému onemocnění má velmi blízko, hlídá si je celý život. Při odvodu na vojnu mu vojenský lékař diagnostikoval ledvinové kameny. „Byla to jedna z prvních chvílí, kdy jsem si uvědomil, že zdraví je skutečně to nejcennější, co máme. V 18 letech jsem podstoupil operaci, při které mi byly ledvinové kameny vyjmuty přímo z ledviny," popisuje Alexander Hemala. Onemocnění ledvin je zákeřné v tom, že většinou nijak extra nebolí. „Proto je prevence tak důležitá a já bych chtěl vyzvat širokou veřejnost, aby se svým ledvinám věnovala. Minimálně tak, že na Světový den ledvin 14. března 2024, kdy se otevřou dveře velké řady nefrologických pracovišť, zajdou lidé na preventivní vyšetření. Je opravdu jednoduché, ale může se tím předejít velkým komplikacím," apeluje Alexander Hemala.

Počet pacientov na dialýze starších ako 70 rokov rastie na Slovensku každý rok o necelé percento

Zatiaľ čo v roku 2008 bolo takýchto pacientov 30,4 % (1 150 pacientov), v roku 2022 to už bolo 40,7 % (1 751 pacientov) zo všetkých dialyzovaných pacientov. Je to trend, ktorému sa nefrológia bude musieť čo najskôr prispôsobiť. Priemerný vek dialyzovaných pacientov v sieti dialyzačných stredísk a nefrologických ambulancií B. Braun Avitum SK je aktuálne 64,8 roka. Ženy sú priemerne o tri roky staršie ako muži. Priemerný vek pri vstupe pacienta do dialyzačného programu je 60 rokov. Skoro polovicu pacientov (47,4 %) tvoria ľudia vo vekovej skupine 60–74 rokov. Trend starnutia pacientov s ochorením obličiek sa ukazuje aj v nefrologických ambulanciách. Starostlivosť o starších pacientov je náročnejšia, pretože zvyšuje nároky na koordináciu a komplexitu starostlivosti, komplikuje samotné dialyzačné ošetrenie a taktiež zvyšuje nároky na asistenciu v prípade domácich dialyzačných metód. „Veľká pozornosť by sa mala venovať starším pacientom, ktorí často trpia obmedzenou pohyblivosťou, poruchami sluchu alebo kognitívnych funkcií a potrebujú podporu zdravotníckych pracovníkov alebo rodinných príslušníkov. Je dôležité zabezpečiť, aby sa čo najviac zachovala kvalita ich života," hovorí **členka lekárskej rady B. Braun Avitum SK a primárka dialýzy v Šali MUDr. Innet Lajtmanová**. Ďalším silným trendom, ktorý slovenskí nefrológovia pozorujú, je veľmi rýchly nárast pacientov, ktorým obličky poškodil vysoký krvný tlak. V roku 2008 ich bolo 315, v roku 2020 už 576. Za 12 rokov je to nárast o 80 %. „Ide o pomerne logický vývoj, pretože primárne je, že rastie počet ľudí s hypertenziou. A tá následne poškodzuje okrem celého radu orgánov aj obličky, ktoré sú na vysoký krvný tlak citlivé," vysvetľuje primárka Lajtmanová.

Ďalším silným trendom, ktorý slovenskí nefrológovia pozorujú, je veľmi rýchly nárast pacientov, ktorým obličky poškodil vysoký krvný tlak.

Prostor pro lékem potažené balony se při perkutánní koronární intervenci rozšiřuje

O tom, čím se z pohledu intervenčního kardiologa liší implantace lékového stentu od využití lékem potaženého balonu, hovoří doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D., z II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Perkutánní koronární intervence zásadním způsobem mění prognózu nemocných s ischemickou chorobou srdeční. Standardně se u těchto výkonů používají lékové stenty (drug eluting stents – DES). Ty mají na svém povrchu látky, které inhibují buněčnou proliferaci, což je dnes jen sirolimus nebo jeho deriváty. Léky se pak po implantaci stentu dlouhodobě vylučují do cévní stěny. Jaké jsou limity takového postupu?

Stent je kovová struktura, která zůstává v koronárních tepnách pacienta do konce jeho života. To je největší nevýhoda. Jedná se vlastně o přítomnost cizího tělesa v lumen tepny. Možnými komplikacemi, které vznikají po implantaci stentu, jsou restenóza či trombóza ve stentu. Dále jsou zde komplikace způsobené defigurací stentu, ať už jde o částečnou, nebo úplnou rupturu stentu, a také může dojít k jeho malpozici. Stent je kovová síťka, některé její vzpěry mohou popraskat, tím se zhoršuje integrita celého stentu. Po implantaci stentu vznikne z cévy rigidní struktura, což má své patofyziologické konsekvence, mimo jiné v tom, že zcela chybí autoregulace průtoku. Implantací stentu vlastně změníme chování tepny jako takové – a to nejen její stentované části. Změníme i biologické vlastnosti cévy v blízkém okolí stentu. Stále ale platí, že výsledky ošetření koronárních lézí pomocí DES jsou celkově velmi dobré a stenty jsou integrální částí intervenční kardiologie.

Do praxe nyní vstupují lékem potažené balony (drug-coated baloon – DCB). Co tato technologie přináší?

Lékové balony jsou možnou účinnou a bezpečnou alternativou pro některé situace, ve kterých standardně implantujeme lékové stenty. Pomocí balonu je dosaženo cíleného podání antiproliferativních léků v místě léze koronární tepny, aniž bychom v cévě zanechávali cizorodý kovový materiál.

A jaké jsou tedy výhody použití lékového balonu?

Tím hlavním benefitem je absence implantátu v lumen tepny. Výhodou lékového balonu oproti lékovému stentu je dále větší plocha materiálu, na kterou může být antiproliferativní látka umístěna, čímž se dosáhne jejího uniformního rozptýlení do cévní stěny. Endotel ošetřeného segmentu se může rychleji obnovit a plnit svou nezastupitelnou funkci. Céva má také zachovanou vazoaktivitu a adaptaci na různé podněty. Je možné i bezpečněji redukovat protidestičkovou léčbu, právě díky tomu, že v koronární tepně nemá pacient žádný

foto: Ester Horovičová

kovový materiál. Na druhou stranu je nutno říct, že lékové balony neposkytují ochranu proti elastickému recoilu tepny, tedy zmenšení objemu tepny po předchozím roztažení.

Jaký pacient je vhodný k ošetření lékovým balonem?

Obecně je to ten pacient, u kterého si můžeme dovolit stent nedat. Jednoduše řečeno je to nemocný, u kterého jsme dosáhli dostatečně dobrého výsledku přípravou léze. Nedochází k recoilu, bezprostřední efekt po dilataci je dobrý a nevznikla žádná komplikace ve smyslu například disekce. Zpočátku byly tyto výkony raritní, poté se tak začaly rutinně ošetřovat restenózy ve stentu, dnes se prostor pro DCB dále rozšiřuje. S úspěchem je využíváme při ošetření malých cév nebo bifurkačních lézí, kdy dilatujeme počáteční část postranní cévy, a přibývá dat o potenciálu DCB u postižení velkých tepen.

Jaké je postavení DCB u akutních koronárních syndromů?

Zde zatím narážíme na nedostatek dat, otázkou zůstává, jak se to bude vyvíjet do budoucna. Pokud se jedná o klasickou aterosklerózu s velkým plátem, stále dominuje používání stentů. Výjimkou jsou pacienti s dominantně trombotickým postižením při akutním koronárním syndromu, kteří mají malý plát a velký trombus. U těchto nemocných víme, že stenty dávat nemusíme, pokud dokážeme vyčistit místo trombu.

V kterém okamžiku se rozhodujete, jestli použít lékový balon, nebo stent?

Vždycky jde o rozhodnutí perioperační. Obecně je to stejné jako u každé jiné technologie. Při takové volbě se opíráme o data a odborné publikace. Je pravda, že lékové balony zatím v guidelines silné doporučení nemají. V letošním roce by ale měly být publikovány nové doporučené postupy pro chronický koronární syndrom a uvidíme, jaké postavení zde budou DCB mít. A tou druhou věcí je osobní zkušenost. Vzhledem k tomu, že data a výsledky obou přístupů jsou srovnatelné, můžeme v celé řadě případů použít jedno nebo druhé. Výběr přístupu a řešení problému je tedy na operatérovi a na konkrétní situaci.

Co využití DCB znamená pro samotné provedení výkonu, ať už z hlediska jeho délky, nebo náročnosti pro operatéra?

Jde zde spíše o změnu přístupu k řešení daného problému, samotná operační technika je velmi podobná jako při využití stentu. Je nutné se věnovat optimální přípravě léze, vlastní lékový balon pak slouží jen k aplikaci účinné látky. Přípravná fáze musí být velmi pečlivá a je třeba chvíli počkat, neobjeví-li se recoil nebo disekce.

Pomocí balonu je dosaženo cíleného podání antiproliferativních léků v místě léze koronární tepny, aniž bychom v cévě zanechávali cizorodý kovový materiál.

Jak dlouho zůstává dilatovaný balon v cévě?

Je potřeba, aby dilatace byly alespoň minutové. V té době přechází lék z povrchu balonu do cévní stěny. V některých případech se při přípravě cévy doporučuje použít balony obsahující kovovou strukturu. Ta nařízne aterosklerotický plát, a tím se do cévní stěny dostane více účinné látky a má šanci lépe působit.

Jaký dopad má využití DBC na protidestičkovou léčbu po výkonu?

Obecně necháváme duální protidestičkovou léčbu tři měsíce. U pacientů, kteří mají zvýšené krvácivé riziko, si můžeme dovolit tuto léčbu zkracovat. Zkracování doby podávání protidestičkové terapie je podle všeho bezpečnější u lékových balonů než u stentů.

Lze použít jeden lékový balon u vícečetných lézí?

Zatím nelze. I v případě, že je třeba ošetřit větší délku cévy, než je délka balonu, se musí použít další balon. Cílem je, aby se co nejvíce materiálu z povrchu balonu dostalo do cévní stěny, a při opakovaném použití bychom si nebyli jisti, zda to zajišťujeme.

U jakých pacientů lékové balony používáte na vašem pracovišti?

Lékové balony používáme u restenózy ve stentu, a to rozhodně častěji než stenty. Dále se pro ně rozhodujeme u výkonů na menších tepnách s průměrem 2 až 2,5 milimetru a méně. U bifurkačních lézí často predilatujeme lékovým balonem vedlejší větev. Kam bychom se chtěli posunout a kam směřujeme, je léčba chronických uzávěrů. Proximální segmenty stále spíše stentujeme, ale distální části ošetříme lékovým balonem. Benefitem pro pacienta je pak méně kovového materiálu v jeho koronární tepně. Koncept lékových balonů je velmi životaschopný a indikace k jeho použití se rozšiřují spolu s tím, jak přibývají data podporující takový přístup. V České republice se v loňském roce udělalo přibližně 1 450 takových výkonů a jejich počet se neustále zvyšuje. Podle mého názoru budeme DBC používat stále častěji. ■

Autorka: Mgr. Lucie Ondřichová
Medical Tribune

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

SeQuent® Please NEO | SeQuent® SCB

Osvědčené léčivem potažené balonkové katetry pro koronární angioplastiku

Podložené daty od kardiologů z jedinečných klinických studií, s prokázanou účinností pro balonkové katetry s paklitaxelem i sirolimem. *(data on site)*

SeQuent® DCBs. Volba je na vás.

Určeno pouze pro odborníky. SeQuent® Please NEO a SeQuent® SCB jsou zdravotnické prostředky.

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

ortopedie

Počítačová navigácia OrthoPilot®

Systém OrthoPilot® predstavuje revolučnú zmenu v ortopedickej chirurgii, ktorá poskytuje vysokú úroveň presnosti a personalizácie chirurgických zákrokov.

Od svojho vzniku v deväťdesiatych rokoch až po najnovší model OrthoPilot® Elite tento systém významne prispieva k lepšiemu uloženiu implantátov, čo má pozitívny vplyv na dlhodobú funkcionalitu a ich stabilitu. Pacienti profitujú zo skrátenej doby rekonvalescencie a nižšieho rizika potreby ďalších zákrokov, zatiaľ čo chirurgovia získavajú pokročilé nástroje na plánovanie a navigáciu počas operácií, čo vedie k zvýšeniu efektivity a presnosti chirurgických postupov. Systém OrthoPilot® Elite predstavuje najnovší vývoj a posúva štandardy pre chirurgické zákroky náhrady kĺbov na novú úroveň. Systém ponúka množstvo klinických prínosov a je dôkazom neustáleho pokroku a inovácie v odbore ortopédie.

História počítačovej navigácie OrthoPilot®

Systém OrthoPilot® reprezentuje významnú inováciu v oblasti počítačovo asistovanej chirurgie, ktorá sa vyvíjala a zdokonaľovala počas posledných štyroch generácií. História počítačového navigačného systému OrthoPilot® siaha až do počiatkov 90. rokov, kedy bolo zavedenie počítačovo asistovanej chirurgie zamerané na ortopedickú navigovanú ortopédiu. Odvtedy prechádza systém OrthoPilot® neustálym vývojom a zdokonaľovaním, čo posunulo štandardy chirurgickej presnosti na novú úroveň.

Systém OrthoPilot® Elite, ktorý bol uvedený na trh v roku 2021, prináša nielen prelomovú technológiu v oblasti implantácie náhrady totálnych endoprotéz kolena, ale rozširuje svoje možnosti aj na bedrové kĺby. Vďaka integrácii pokročilých algoritmov a vylepšeného hardvéru je tento systém schopný presnej navigácie počas operácií bedrového kĺbu, čo prispieva k lepšej orientácii chirurga v tele pacienta a zvyšuje presnosť umiestnenia náhrady kĺbu.

Pred vykonaním kostných resekcií pomáha navigačný systém OrthoPilot® optimalizovať pozíciu resekčných šablón tak, aby endoprotéza bola umiestnená v tele pacienta optimálne k mechanickej osi končatiny pri minimálnych kostných stratách. Presné osadenie komponentov je rozhodujúce pre dlhodobú funkčnosť a stabilitu implantátu, a tým pre celkovú spokojnosť pacienta s operačným výsledkom.

Výhody pre pacientov

Pacienti profitujú z používania OrthoPilot® Elite predovšetkým vďaka lepším dlhodobým výsledkom životnosti totálnych endoprotéz a zníženého rizika počas operácie. Počítačová navigácia pomáha minimalizovať poškodenie okolitých tkanív a znižuje pravdepodobnosť prípadných revíznych operácií. S personalizáciou chirurgického postupu a presným osadením implantátov sa zvyšuje nielen životnosť totálnych endoprotéz, ale dochádza aj k rýchlejšiemu zotaveniu a celkovému zlepšeniu kvality života pacienta. ■

Základné míľniky v histórii systému OrthoPilot®

1994 | Vznik konceptu počítačovo asistovanej chirurgickej navigácie, ktorý predznamenal vznik systému OrthoPilot® a položil základný kameň pre revolúciu v ortopedickej chirurgii

1997 | Prvé zavedenie počítačovo asistovanej chirurgie spojené so zameraním na navigáciu v ortopédii

2000 | Spoločnosť B. Braun začala spolupracovať s nemeckými univerzitami a klinikami na vývoji systému OrthoPilot®

2002 | Prvé komerčné použitie systému OrthoPilot® v operáciách náhrady kĺbov

2007 | Predstavenie novej generácie systému OrthoPilot®, ktorá priniesla významné technologické inovácie

2015 | Uvedenie systému OrthoPilot® pre kompletné riešenie náhrady kĺbov na trh

2021 | Uvedenie systému OrthoPilot® Elite na trh, ktorý predstavuje špičkové technologické inovácie v oblasti navigácie a robotiky pre zvýšenie presnosti pri operáciách náhrady kĺbov. Tento model posúva štandardy pre chirurgické postupy vpred vďaka svojej schopnosti prispôsobiť sa individuálnym potrebám každého pacienta

ortopedie

Rozhovor z operačnej sály

S novovymenovaným profesorom Marekom Lackom, prednostom Kliniky ortopédie a traumatológie pohybového ústrojenstva Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košice

Na vašej klinike vykonávate zhruba 2 000 operácií ročne. Koľko z toho je totálnych endoprotéz kolien a bedrových kĺbov?

Implantácie endoprotéz kolenného a bedrového kĺbu tvorili štvrtinu z celkového počtu 2 400 operačných výkonov realizovaných na našej klinike minulý rok.

Vlani ste implementovali ako prví na Slovensku nový medicínsky prístup s názvom Pacientska cesta. Čo vás presvedčilo a ako ste spokojný s prvými výsledkami?

Projekt „Pacientska cesta“ je zameraný na pacientov, ktorí podstupujú implantáciu náhrady bedrového alebo kolenného kĺbu. Jeho cieľom je zefektívnenie a štandardizovanie predoperačnej prípravy a perioperačného manažmentu, čo by malo viesť k lepšej pripravenosti a aktívnejšej spolupráci pacienta na liečebnom procese, menšej pooperačnej bolesti, zníženiu rizika pooperačných komplikácií a celkovému skráteniu doby rekonvalescencie po operačnom výkone. Projekt realizovaný v prostredí štátnej nemocnice je jedinečný aj počtom a rozsahom odborného spektra zainteresovaných zdravotníckych a nezdravotníckych pracovníkov. Už prvé mesiace fungovania projektu ukazujú, že je to správna cesta ako zlepšiť poskytovanú liečebnú

starostlivosť, o čom svedčia aj pozitívne reakcie operovaných pacientov.

Ako jedna z prvých kliník na Slovensku ste pred rokmi začali používať počítačovú navigáciu Orthopilot. Čo by ste za seba vyzdvihli, keby ste porovnávali operáciu s navigáciou a bez nej?

Počítačový navigačný systém Orthopilot sme začali používať pri primárnych implantáciách endoprotéz kolena v roku 2006. Postupne sme túto technológiu etablovali aj pre revízne operácie endoprotéz kolenného kĺbu, implantácie unikondylárnych kolenných náhrad a korekčné osteotómie tibie. Počítačová navigácia predstavuje nástroj, ktorý ortopédovi poskytuje pri operácii aktuálne, personalizované údaje, ktoré sú využívané pri vedení kostnej resekcie a balansovaní mäkkých štruktúr. Tým sa vytvárajú predpoklady pre zníženie rizika nepresnej implantácie kĺbovej náhrady alebo nedostatočnej korekcie osového postavenia končatiny. Mierne predĺženie času operačného výkonu, ktoré súvisí so zavádzaním referenčných sond a digitalizáciou operačného poľa, predstavuje klinicky nevýznamnú skutočnosť spojenú s použitím počítačovej navigácie.

Témou vašej dizertačnej práce bola počítačová navigácia. K čomu ste dospeli?

Výsledky tejto dizertačnej práce ukázali, že počítačová navigácia Orthopilot umožnila dosiahnuť presnejšie umiestnenie komponentov kolennej náhrady a precíznejšie vyváženie väzivových štruktúr.

Podľa môjho názoru predstavuje počítačová navigácia digitalizovaný operačný nástroj, ktorý pomáha ortopédovi lepšie a rýchlejšie sa zorientovať v pomerne komplikovanej problematike endoprotetiky kolenného kĺbu. Tento názor potvrdzuje aj štúdia, ktorú sme realizovali na súbore pacientov operovaných jedným ortopédom z tzv. kategórie „low-volume surgeon“ s odstupom minimálne 10 rokov po primárnej implantácii totálnej náhrady kolena. Štúdia potvrdila, že celková miera prežívania kolenných endoprotéz kolena bola signifikantne väčšia v prípade počítačom navigovaných aloplastík v porovnaní s konvenčne vedenými implantáciami totálnych endoprotéz.

Operujú všetci vaši kolegovia z vami riadenej kliniky pomocou Orthopilota? Ak nie, prečo? Niektorí operatéri odmietajú počítačovú navigáciu z obavy, že zaučenie tímu by trvalo veľmi dlho. Ako z vašej dlhoročnej praxe vidíte učebnú krivku, je táto obava na mieste?

Túto technológiu si osvojili hlavne kolegovia z mladšej generácie. Súvisí to možno s prirodzenejšou dôverou a afinitou k digitálnym technológiám, ako aj s už spomínaným „edukačným“ prínosom počítačovej navigácie u mladších kolegov, ktorí získavajú prvé skúsenosti v kĺbovej endoprotetike.

Samozrejme, zavádzanie každej novej operačnej techniky je spojené s učebnou krivkou. V prípade počítačovej navigácie Orthopilot ju považujem, aj vďaka jednoduchej a prehľadnej interakcii s používateľom, za relatívne strmú a ortopéd dokáže už po prvých 20 aloplastikách dosiahnuť plnú operačnú spôsobilosť.

Kam si myslíte, že sa ortopedická operatíva bude vyvíjať v budúcnosti?

V posledných rokoch evidujeme implementáciu inovatívnych technológií aj do operačnej ortopédie. Verím, že v blízkej budúcnosti sa umelá inteligencia, digitalizácia a syntéza obrazu z reálneho operačného poľa s jeho CT, MRI alebo angiografickým zobrazením pri holografickej projekcii počas operácie, ako aj aktívne robotické operačné systémy, stanú štandardnou súčasťou klinickej praxe. Tak budeme schopní dosahovať ešte lepšie liečebné výsledky s menším rizikom možných komplikácií.

Čo by ste zaželali vašej klinike a pacientom?

Našim pacientom želám skorý návrat do plnohodnotného aktívneho života. Klinike, ktorá zabezpečuje plné spektrum liečebnej činnosti pri ochoreniach a úrazoch pohybového aparátu u detí aj dospelých, želám dostatok erudovaných, zanietených a pracovitých zamestnancov, ktorí sú zárukou kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti a neustáleho rozvoja kliniky. ■

prof. MUDr. Marek Lacko, PhD.,
prednosta Kliniky ortopédie
a traumatológie pohybového ústrojenstva
UNLP Košice a Lekárskej fakulty UPJŠ

Dialýza míří za pacienty do pečovatelských center

V Česku se čím dál víc prosazuje přesun dialyzační péče za pacientem do domácího prostředí nebo sociálního zařízení. Síť ALZHEIMER HOME ve svém domově v Nepomuku ve spolupráci se Skupinou B. Braun poprvé zavádí možnost dialýzy přímo na pokoji klienta. „Chceme jít touto cestou. Pokud vše bude probíhat podle očekávání, rozhodně se nejedná o poslední domácí dialýzu v našich zařízeních," říká Ivan Černovský, ředitel skupiny ALZHEIMER HOME z Penta Hospitals.

Dialýza bez dojíždění přímo na pokoji

Čtyřiaosmdesátiletá Marie trpící tzv. smíšenou demencí je klientkou ALZHEIMER HOME v Nepomuku od poloviny ledna. V pravidelném dialyzačním programu je od října 2021. Dosud na dialýzu dojížděla dvakrát týdně do bezmála 40 km vzdáleného dialyzačního střediska B. Braun Avitum v Plzni. Jeden takový výjezd za dialýzou jí a jejímu doprovodu zabral více než šest hodin. V průběhu času se ukázalo dojíždění za dialýzou jako velmi komplikované. Na začátku března se vedení pečovatelského centra po poradě s lékaři z B. Braun Avitum rozhodlo realizovat dialýzu přímo na jejím pokoji pomocí přístroje pro domácí hemodialýzu poslední generace Physidia S^3.

„V ALZHEIMER HOME se snažíme přistupovat ke každému klientovi v rámci jeho individuálních potřeb jak ve smyslu odborné, tak i zdravotnické péče. Domácí dialýza pro naše klienty je tedy jednoznačně skvělou volbou," vysvětluje motivace pořízení přístroje pro domácí dialýzu Lucie Širůčková, ředitelka ALZHEIMER HOME v Nepomuku. Pro B. Braun jde o pokračování navázané spolupráce s Penta Hospitals, která spočívá jak ve zmíněném poskytování dialýzy, tak v péči o chronické rány v celé síti ALZHEIMER HOME, kdy za klienty pravidelně chodí zdravotnice – ranhojičky z B. Braun. „Propojení poskytovatele sociálních služeb s našimi zdravotnickými službami přímo na pokojích, přináší zejména vyšší kvalitu života a větší psychickou pohodu samotným klientům," vysvětluje MUDr. Lada Malánová, vedoucí lékařka dialyzačního střediska B. Braun Avitum v Plzni.

Sociální i medicínské benefity

Domácí hemodialýza značně krátí čas dialyzačního procesu. Na středisko musí pacient dojíždět třikrát týdně pokaždé na 4 až 5 hodin. Naproti tomu domácí hemodialýza se zpravidla provádí 5 až 6× týdně po dobu 2 až 2,5 hodin, ale přímo v domácím prostředí. Mimo sociálních výhod má domácí dialýza i výrazné medicínské benefity. Díky častějším a kratším intervalům dialýzy nejsou odstraňovány z těla další léky a kontrolní laboratorní výsledky bývají lepší. Pacient

Lucie Širůčková s první pacientkou na domácí hemodialýze v ALZHEIMER HOME

nebo klient sociálního zařízení si může volit čas v návaznosti na svůj program, další léčebné procedury a momentální zdravotní stav. Počty pacientů, kteří jsou na domácí dialýze rostou. V Česku je zhruba osm desítek takových pacientů, před šesti lety to nebyla ani třetina. „B. Braun se v tuto chvíli stará v České republice o 34 pacientů, kteří jsou v režimu domácí hemodialýzy. Dalších pět pacientů čeká na zahájení edukace. Růst počtu doma hemodialyzovaných pacientů umožňuje především výrazný rozvoj technologií. V současné době už jsou na trhu přístroje, které prakticky nepotřebují žádné domácí úpravy a lze s nimi třeba odjet i na dovolenou k moři," vysvětluje pozitiva domácí hemodialýzy MUDr. Martin Kuncek, ředitel sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum CZ/SK, která dialyzační přístroj Physidia S^3 do ALZHEIMER HOME dodala.

Stačí pouze zásuvka

Dialyzační přístroj Physidia S^3 je na rozdíl od velkých dialyzačních přístrojů na střediscích se svou velikostí malé tiskárny a váhou 23 kg velmi mobilní. „Po celou dobu průběhu domácí hemodialýzy je klientka ve svém pokoji, na který je už zvyklá, a je u ní přítomen jak zdravotní, tak ošetřovatelský personál. Sledujeme tak průběh celé dialýzy a zároveň stav a reakce naší klientky na danou léčbu," popisuje průběh dialýzy ředitelka Širůčková. Ovládací prvky přístroje vyžadují minimální přípravu a snižují nároky na manipulaci před dialyzačním ošetřením a po něm. Přístroj je intuitivní a je přizpůsoben obsluze nezdravotnickým personálem. K zařízení není nutný přívod vody, odpadá tedy nutnost kontroly kvality vody. Physidia S^3 také využívá jednorázový spotřební materiál včetně sterilních vaků na dialyzační roztok, díky čemuž odpadá nutnost vnitřní dezinfekce přístroje. „Z technologické stránky není v sociálních zařízeních nebo u klienta doma potřeba nic víc než zásuvka. V ALZHEIMER HOME v Nepomuku obsluhu přístroje a napojení krevního oběhu klientky paní Marie zajišťuje odborně proškolená zdravotní sestra. Společnost B. Braun Avitum pak poskytuje konzultační službu dostupnou sedm dní v týdnu," zdůrazňuje Lukáš Hilovský, aplikační specialista B. Braun, který odpovídá za důkladné proškolení personálu na dialyzačním přístroji. V Nepomuku jde o první případ svého druhu v celé síti ALZHEIMER HOME. Obě strany počítají do budoucnosti s další spoluprací. ■

V ALZHEIMER HOME se snažíme přistupovat ke každému klientovi v rámci jeho individuálních potřeb jak ve smyslu odborné, tak i zdravotnické péče. Domácí dialýza pro naše klienty je tedy jednoznačně skvělou volbou.

Lucie Širůčková,
ředitelka ALZHEIMER HOME v Nepomuku

Autorka: Ing. Lucie Kocourková
tisková mluvčí

Výzvy a naděje v transplantacích ledvin

Institut klinické a experimentální medicíny, tedy IKEM, je jasným českým lídrem v transplantologii. S profesorem Ondřejem Viklickým, přednostou Transplantcentra a Kliniky nefrologie IKEM, se zabýváme především novinkami a trendy v oblasti transplantace ledvin.

foto: Michal Jílek

Naposledy jsme s vámi vedli rozhovor v březnu roku 2021, kdy byla v plném proudu pandemie covid-19 a transplantační centra se potýkala s infekcemi, pacienty i dárci pozitivními na covid a dalšími problémy. Jak tuto dobu hodnotíte zpětně?

Bylo to pro nás zásadní období hlavně z pohledu managementu – jak zvládnout transplantační programy a jak modifikovat postupy, jak motivovat pacienty k očkování. Z dnešního pohledu nám to přineslo mnoho výhod v tom smyslu, že jsme se naučili některé věci dělat jinak, obzvlášť komunikaci s pacienty na dálku, a to i v kritických situacích, kdy pacient není schopen dojet do ambulance.

Celý rozhovor si můžete poslechnout v podcastu Medicína na www.medicinapodcasty.cz

Tehdy jste říkal, že si nejste jistí, zda je bezpečná transplantace od dárce pozitivního na covid. Zastával jste názor, že ano, ale nedělalo se to. Jaký je současný pohled?

Máme dárce, kteří jsou pozitivní na covid. Samozřejmě je rozdíl od takového dárce transplantovat plíci, když víme, že se virus nachází primárně v dýchacích cestách, a transplantovat ledvinu nebo srdce. Pacienti, kteří zemřou na covid, obvykle nejsou úplně nejvhodnějšími dárci orgánů, ale takových pacientů je jenom úplné minimum. Většinou je to tak, že pacienti zemřou z jiné příčiny a zároveň s tím jsou i pozitivní na covid. A to jsou dárci, jejichž orgány transplantujeme. Z vědeckého pohledu může být otázka, jak rizikové takové transplantace jsou. Ale data z uplynulých dvou let jsou zatím velmi pozitivní. Zatím to nevypadá, že bychom tyto orgány přestali používat.

A jak se za těch pár let posunulo poznání stran covidu a transplantací. Vy jste tvůrcem studie na toto téma...

Provedli jsme několik studií týkajících se bezpečnosti a účinnosti vakcinace a pokračujeme v podobných projektech nadále. Když tu byla britská mutace covidu, na datech jsme prokázali, že očkování v té době opravdu zachraňovalo životy. Virus se bohužel velice rychle mění a na dnešní dobu už tu studii nemůžeme replikovat, navíc oproti době, kdy byl každý pozitivní pacient evidován v národním registru, nemáme dostatek dat. Dneska se zaměřujeme na takzvaný long covid, který podle všeho hodně postihuje i naše pacienty. Snažíme se dělat i další výzkum, který sleduje, zda mohou být naši pacienti rizikem pro běžnou populaci, protože v jejich sliznicích virus přežívá delší dobu.

A kdybyste měl vyzdvihnout z té vaší původní studie jeden poznatek, co by to bylo?

Myslím, že poučení, že očkování má extrémní význam. Vidíme to i letošní zimu na příkladu chřipky. Letos má chřipka docela závažný průběh. Nám se ale podařilo naočkovat daleko větší počet pacientů než v jiných letech. A vidíme, že komplikace chřipky nejsou tak velké, jako byly v minulosti. V západoevropských zemích nebo ve Spojených státech je proočkovanost proti chřipce kolem 70 procent, u nás pouze 15 procent. To je obrovský rozdíl. Je to důležité téma, protože očkování zachraňuje životy u rizikových pacientů.

A jak je to s long covidem v porovnání běžné populace s pacienty po transplantacích, je tam nějaký rozdíl?

Určitě, u pacientů po transplantaci jsou příznaky long covidu mnohem častější. Naše data, která zatím nejsou publikovaná, hovoří až o 50 procentech pacientů, kteří mají známky long covidu od docela benigních a zanedbatelných až po docela závažné.

A kdo by podle vás měl diagnózu long covidu řešit? Jaká odbornost?

Obávám se, že odpověď na tuto otázku je těžká. Kdybych to měl zobecnit, tak každý specialista ve svém oboru. Kožním projevům by se měl věnovat dermatolog, neurologickým neurolog. Vždy je lepší, když je pacient vyšetřen odborníky, protože to může být například začátek choroby, která se teprve může vyvinout.

Když jsem se dívala do statistik, za rok 2021 jste transplantovali rekordní počet ledvin – 306. V roce 2023 to bylo ale pouze 276 ledvin. Je to samozřejmě velké číslo, ale o 10 procent nižší. Čím to je?

Nedávno jsme to analyzovali a zjistili jsme, že k nám byl sice referovaný stejný počet dárců, ale v řadě případů jsme od něj ledviny neodebrali, protože jsme zjistili řadu komplikací. Například aterosklerózu, kdy už cévy vypadaly velice ošklivě, nebo měli dárci dokonce projevy chronického onemocnění ledvin. Takže je otázka, jestli osoby s náhlým úmrtím nezačínají být mnohem více nemocné. Další komplikací může být nesouhlas rodiny. Mnohem komplikovanější jsou u souhlasů situace, kdy jsou dárci cizinci. Naše právní prostředí je totiž pro transplantace velice příznivé. Máme předpokládaný souhlas a rodina se pouze informuje. Odběr orgánů se neprovádí pouze v případě, že dárci za života vyjádřili nesouhlas s darováním po smrti a byli zapsáni v registru. I díky těmto možnostem máme v Česku tak vysoká čísla transplantací. I když jsme tedy měli o třicet transplan-

tací méně než v rekordním roce, stále patříme mezi země s nejlepší dostupností transplantací a musíme dělat vše pro to, aby to tak bylo i nadále.

Další formou, jak získat ledvinu k transplantaci, je od žijícího dárce. Jak to s tímto vypadá?

Tohle je místo, kde máme v Česku ještě mezery. Loni jsme neměli v IKEM ani 30 transplantací od živého dárce, a to jsme opravdu obrovské centrum. To jsou velmi malé počty. Sice se zaklínáme tím, že máme počty transplantací od zemřelých dárců tak vysoké, že skoro není potřeba transplantací od živých. Ale musíme si uvědomit, že transplantace od žijícího dárce je transplantace kvalitnějšího orgánu, který vydrží déle, a měla by to být jednodušší operace. Myslím si, že brzy nastane doba, kdy by to měli začít řešit pacienti. Pořád čekáme na to, že nám náš lékař něco řekne, ale asi je na čase, aby i pacienti byli víc sebevědomí, vědomí si toho, že o svém osudu rozhodují sami.

A je mezi nedávnými transplantacemi, které jste řešil, nějaký ojedinělý případ?

Prováděli jsme transplantaci ledviny u pacienta, kterého jsme léčili už v roce 92 nebo 93, když mu bylo 18 let. Nikdy se ho nepodařilo úspěšně transplantovat. Díky novým lékům v rámci klinických zkoušek jsme ale konečně mohli zlomit imunologické prokletí. Takže doufám, že přijdou solidní data, abychom mohli pomoci i pacientům, kteří velice obtížně dostávají nabídky k transplantaci, protože mají protilátky proti jiným lidem.

Populace stárne. Mění se i věk pacientů, kterým je transplantována ledvina?

Není to tak, že by věk pacientů k transplantaci nějak výrazně stoupal. Je to dané především tím, že je transplantace nabízena pacientům, kteří jsou dostatečně zdraví na to, aby ji mohli podstoupit. Ukazuje se, že v extrémních věkových skupinách, jako je kategorie 80+, postrádají transplantace význam. Dají se sice provést, ale s extrémním rizikem. Kvalita života pro podstatnou část pacientů není po transplantaci lepší než na dialýze. Mezi 70. a 80. rokem ještě najdeme mnohé pacienty, kteří jezdí na kole, na lyžích, běhají, jsou v dobrém fyzickém stavu a transplantaci si zaslouží. Koncem sedmého decennia se už biologický věk ale opravdu začne projevovat.

> Myslím si, že brzy nastane doba, kdy by to měli začít řešit pacienti. Pořád čekáme, že nám náš lékař něco řekne, ale asi je na čase, aby i pacienti byli víc sebevědomí, vědomí si toho, že o svém osudu rozhodují sami.

Tam je tedy lepší se porozhlédnout po jiných možnostech, například po domácí dialýze?

Nepochybně. Pro řadu pacientů s řadou komorbidit je domácí dialýza cestou ke zkvalitnění a možná i prodloužení života. Jsem sice bojovník za transplantace, ale dospěl jsem k poznání, že transplantace není pro všechny pacienty.

Zmínil jste nové léky pro pacienty čekající na transplantaci ledviny. Problémem není jen to, jestli budou schválené, ale i to, jestli si je české zdravotnictví bude moci dovolit. Je to tak?

Ano, a tato otázka se netýká jen nefrologie, ale všech inovativních léků pro pacienty se vzácnými nemocemi. Je to globální problém. Když to byl jeden lék a jedna diagnóza, bylo to ještě celkem snadné, ale teď jsou to desítky léků a brzy jich budou stovky. Máme zdravotnictví, ve kterém má každý nárok na vše. Ale brzy budeme mít zdravotnictví, ve kterém nebudeme mít nárok na nic, protože na to nebudeme mít peníze. My jako lékaři víme, že řadě pacientů můžeme pomoci, ale jde o to, jestli to pojišťovny budou schopné hradit. Je to obrovský politický problém. Já si myslím, že budeme muset řešit nějaké spoluúčasti.

Ohledně transplantací jsem četla zprávu ze Spojených států, že lékaři člověku s mozkovou smrtí transplantovali prasečí ledviny, které vydržely pracovat dva měsíce. Je to velký průlom?

Veliký posun je už jen v tom, že jsme tu transplantaci orgánu od zvířete provedli. I když v Pearsonově modelu, tedy příjemci, který byl již po mozkové smrti. Byly provedeny dvě transplantace srdce u lidí se selháním srdce. Zvířata byla geneticky upravena tak, aby některé antigeny, které jsou typicky zvířecí, byly odstraněny. Orgány byly přijaty, urgentní odhojení nebylo pozorováno, ale chronické odhojení se s odstupem objevilo. U jednoho ze srdcí se objevil další problém, a to rozvoj prasečí cytomegalovirové nemoci. Byla to klasická zoonóza, která to srdce zlikvidovala, protože proti zvířecímu viru nemělo lidské tělo žádnou obranu. Jsem k těmto transplantacím do budoucna pozitivní, ale nemyslím si, že to bude brzy. Čeká nás toho ještě hodně k vyřešení.

Kde je za Vás budoucnost nefrologie v rámci 10 let?

Do budoucna očekávám prvky umělé inteligence u kontrol našich pacientů. Máme jich 5 000 a personál není k dispozici v takovém počtu, aby se všechno zvládlo. V první řadě ale vidím, že by všechny laboratoře, které vyšetřují vzorky od pacientů, měly přispívat do jednotného úložiště. To nám pomůže snáze identifikovat rizikové pacienty nejen pro transplantace, ale pro všechno. V oblasti dialýz jsem jednoznačně přesvědčený, že se bude rozvíjet domácí dialýza. Pacienti se nebudou dialyovat na středisku, ale přímo v celé řadě různých sociálních zařízení, LDN, Alzheimercentrech a tak dále. Dialýza půjde za pacientem, ne pacient za dialýzou. To je to zásadní. ■

Autorka: Ing. Lucie Kocourková
tisková mluvčí a moderátorka
podcastu Medicína

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Infuzní technika B. Braun – více než 70 let zkušeností

Space^{plus}

Pokročilý. Nadčasový. Digitální.

- Intuitivní uživatelské rozhraní
- Inovativní aplikace, které podporují bezpečnou a efektivní terapii
- OnlineSuite^{plus} chrání velmi citlivé IT prostředí nemocnice
- IP 44 ochrana pro vlhkosti

Určeno pouze pro odborníky. Infuzní technika Space^{plus} je zdravotnický prostředek.

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz

ALLY®
nová řada stomického příslušenství

Již více než 40 let se společnost B. Braun aktivně podílí na výzkumu stomických pomůcek a nabízí pacientům, lékařům a ošetřovatelům jednoduchá a inovativní řešení v podobě širokého sortimentu stomických sáčků a stomického příslušenství. Nová řada stomického příslušenství Ally® doplňuje komplexní portfolio B. Braun určené stomickým pacientům. Seznamte se se čtyřmi novými produkty Ally®, které lze kombinovat se všemi dostupnými stomickými sáčky v rámci portfolia B. Braun i mimo ně. A jak hodnotí v praxi příslušenství Ally® stomická sestra?

Ally® Stomické těsnicí kroužky

Těsnicí kroužky jsou navrženy tak, aby chránily před podtékáním, a zároveň poskytovaly ochranu samotné kůži. Lze je jednoduše tvarovat, aplikovat i odstraňovat. Kroužek tvoří rovnější povrch kolem stomie, pomůže vyplnit prohlubně a kožní záhyby. K dispozici je ve třech velikostech.

Ally® Stomická pasta

Ochranná bariérová pasta Ally® neobsahuje alkohol, je určena k vyplnění záhybů a zvrásnění kůže. Pomáhá snižovat podtékání, chrání kůži před střevním obsahem a může pomoci prodloužit dobu nošení pomůcky. Je vhodná zejména pro osoby s kožními prohlubněmi nebo záhyby v okolí stomie.

Stomické příslušenství Ally® jsou zdravotnické prostředky

Ally® Vyrovnávací pásky

Elastické pásky Ally® pomáhají posílit přilnavost a udržet bezpečně stomickou pomůcku na místě po celou dobu nošení. Jsou zvláště doporučovány pro osoby se stomií, které mají parastomální kýlu, stomie s prolapsem nebo stomie umístěné v neobvyklé poloze.

Ally® Stomický pudr

Pudr je určen k absorpci vlhkosti v okolí stomie. Pomáhá kůži chránit, snižuje podráždění a umožňuje lepší přilnutí sáčku. Podporuje hojivé procesy podrážděné kůže. Je doporučen zejména pro osoby se stomií, které mají zarudlou, bolestivou nebo podrážděnou kůži.

Jak to vidí stomická sestra

„S Ally® příslušenstvím mám zkušenosti více než sedm měsíců. Jednotlivé produkty každodenně používám při práci s pacienty. Například Ally® těsnící kroužky si nemohu vynachválit, ve své praxi je používám především jako prevenci podtékání střevního obsahu, další indikací je hojení macerací nebo je lze využít k hojení stehových píštělí. Kroužky se dobře tvarují, netrhají se a velmi dobře drží na kůži, a to jako zdravotník velmi oceňuji," popisuje své zkušenosti Mgr. Zuzana Šilhánková.

Mgr. Zuzana Šilhánková

Narodila se v roce 1980 v Litoměřicích, po Střední zdravotnické škole v Ústí nad Labem promovala na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni v roce 2001. Své znalosti ve vzdělávání si potvrdila studiem na UJAK (Univerzita Jana Amose Komenského v Praze). Zkušenosti z praxe využívá i při školení a vzdělávání zdravotníků. Pracovala na jednotce intenzivní péče Neonatologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň a díky zahraničnímu působení získala zkušenosti s péčí o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Od roku 2010 působí jako obchodní a terapeutický konzultant B. Braun, momentálně jako certifikovaná stomická sestra.

Mgr. Zuzana Šilhánková je stomická sestra pracující ve stomické poradně B. Braun Plus a jako terapeutická konzultantka B. Braun. Ve zdravotnictví se pohybuje déle než sedmnáct let, v současné době se již více než tři roky jako certifikovaná stomická sestra stará o stomické pacienty. „Snažím se o to, abych byla pacientům, o které pečuji, oporou. Kdykoliv mě s důvěrou mohou kontaktovat a svěřit se mi se svými problémy se stomií. Díky svým osobním zkušenostem si uvědomuji, že čím kvalitnější a inovativnější pomůcky a příslušenství můžeme pacientům nabídnout, tím lepší bude jejich život se stomií," říká Šilhánková.

„Mým nejoblíbenějším produktem jsou Ally® vyrovnávací pásky. Jako hlavní benefit vidím to, že jsou velmi tenké, a přesto skvěle drží na těle pacienta. Kopírují kontury těla a přizpůsobí se tak i velkým nerovnostem. Lze je použít pod pomůcku k léčbě lehkých macerací, a zároveň jako externí fixaci stomické pomůcky. Ally® vyrovnávací pásky jsem vyzkoušela i u pacientů s mentální retardací, kteří mají tendenci si impulsivně pásky sundávat, a musím konstatovat, že pásky z řady Ally® vydržely na těle takového pacienta tři dny," komentuje z praxe Šilhánková. ■

Stomické příslušenství Ally® jsou zdravotnické prostředky

Chirurgické nástroje – komodita nebo zdravotnický prostředek?

Aneb co mít na paměti před nákupem

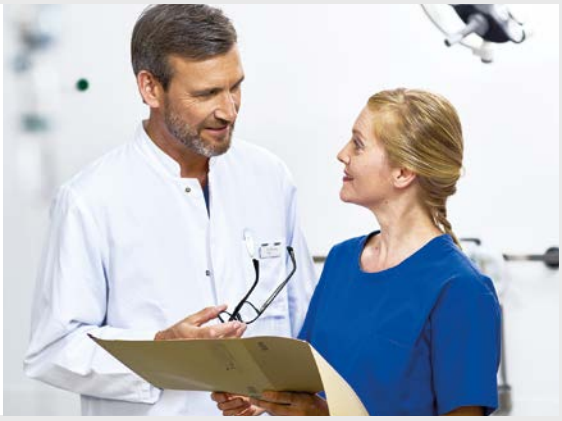
16. května 2024
Pavilon B. Braun Dialog, Praha 8

Kurz sutury kůže a střevní anastomózy

24. května 2024
Pavilon B. Braun Dialog, Praha 8

XIII. Odborná konference a setkání spinálních jednotek

6.–7. června 2024
Dříteč



Krizové stavy v anestezii

Simulační workshop

18. září 2024
Pavilon B. Braun Dialog, Praha 8

APEX®

Směšování bez kompromisů

Pro přesné zajištění individuálních potřeb parenterální výživy vašich pacientů

Apex® je efektivní, jednoduché a bezpečné řešení pro individuální přípravu parenterální výživy. Díky velkému, uživatelsky přívětivému rozhraní, technologii rychlého plnění se dvěma pohony a předem sestaveným transferovým setem s 26 porty, posouvá ochranu pacientů při procesu směšování výživy na maximální úroveň.

Systém Apex® je připraven splnit všechny vaše nároky na kybernetickou bezpečnost a ochranu dat.

Zlepšete a zrychlete způsob směšování ingrediencí

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Určeno pouze pro odborníky.

B. Braun Medical s.r.o. | www.bbraun.cz